



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΑΤΡΩΝ  
UNIVERSITY OF PATRAS

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

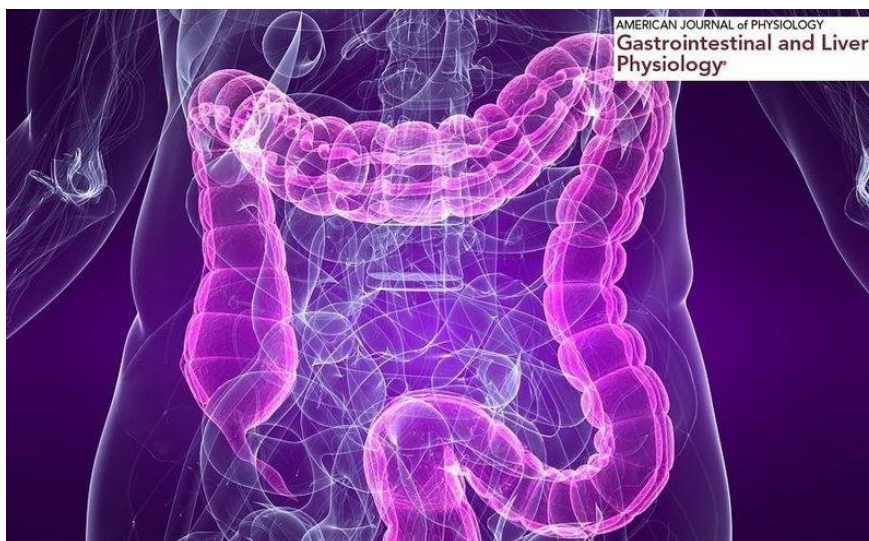
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη νοσήματα σε παιδιά και ο ρόλος του νοσηλευτή στη διαχείριση τους»

«Idiopathic inflammatory bowel diseases in children and the role of the nurse in their management»



ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: ΤΡΥΦΩΝΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΑΛΜΠΙΑΝΗ ΕΛΕΝΗ

ΠΑΤΡΑ, 2021

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για όλα όσα έχει κάνει για μένα, ,για όλη την στήριξη ακόμη και στις δύσκολες στιγμές , για όσα μου έχει προσφέρει και κυρίως για όλη την αγάπη και την ενθάρρυνση που μου παρείχε αυτά τα 4 χρόνια, στις σπουδές μου.

Οφείλω να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές μου καθόλη τη διάρκεια αυτών των χρόνων που συνέβαλλαν στην εκπαίδευση μου τόσο σε θεωρητικό επίπεδο αλλά και πρακτικό και μου έδωσαν τα εφόδια για την μετέπειτα πορεία μου.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κα. Αλμπάνη Ελένη για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση της υπομονή καθ' όλη την διάρκεια της παρούσας εργασίας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Σκοπός:** Στη παρούσα εργασία, σκοπός είναι να μελετηθούν και να κατανοηθούν οι ΙΦΝΕ από τη διαδικασία της διάγνωσης μέχρι και την θεραπευτική αντιμετώπιση, καθώς επίσης και ο ρόλος του νοσηλευτή στην κάθε περίπτωση .

**Μεθοδολογία:** Βασίστηκε σε βιβλιογραφική ανασκόπηση δημοσιευμένων επιστημονικών άρθρων μετά από αναζήτηση σε διεθνείς βάσεις δεδομένων (Pub Med, Google Scholar).

**Αποτελέσματα:** Η ελκώδης κολίτιδα , η νόσος του Crohn ,το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου είναι δια βίου παθήσεις, στις οποίες έχουν σημαντικό ρόλο η έγκαιρη διάγνωση και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις προ εγχειρητική, διεγχειρητική και μετεγχειρητική) ώστε να τεθεί μια ομαλή προσαρμογή του ασθενή στη καθημερινότητα και να διατηρηθεί η ποιότητα ζωής του σταθερή στο πέρασμα του χρόνου . Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο ασθενής και το οικογενειακό περιβάλλον του, να προσαρμοστεί στα καινούργια δεδομένα και στην ψυχική ενδυνάμωση του.

**Συμπεράσματα:** Οι εκδηλώσεις των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου αυξάνονται ανά τα χρόνια. Με εξάρσεις και με υφέσεις αντιμετωπίζονται με οποιοδήποτε τρόπο είτε με διαιτητική, είτε με φαρμακευτική, είτε με χειρουργική αντιμετώπιση και προσαρμόζεται η ζωή των ασθενών παιδιά και οι έφηβοι εκδηλώνουν αρχικά μειωμένη σωματική ανάπτυξη λόγω διαταραχής της θρέψης με αποτέλεσμα να κατευθύνονται νωρίτερα στο παιδίατρο οι γονείς από ότι θα κατευθυνθούν άλλοι οι οποίοι παραπονεθεί το παιδί τους για έναν κοιλιακό πόνο ή εκδηλώσει ένα περιστατικό διάρροιας. Μέσα από τις διαδικασίες της διάγνωσης , της κλινικής εξέτασης και τον καθορισμό της θεραπείας το παιδί αλλά και η οικογένεια του λαμβάνει τη στήριξη του νοσηλευτή που βρίσκεται στο πλευρό του και το εκπαιδεύει αλλά και το υποστηρίζει ψυχολογικά, στις αλλαγές που οι παθήσεις θα επιφέρουν στη ζωή του.

**Λέξεις – κλειδιά:** Ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι εντέρου, ελκώδης κολίτιδα, νόσος του Crohn, ρόλος του νοσηλευτή, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου,θεραπεία.

## ABSTRACT

**Purpose:** This dissertation aims to study and understand the IBD from the process of diagnosis to treatment, but also the nursing interventions in every circumstance.

**Methods:** It was based on a literature review of published articles on international databases (Pub Med, Google Scholar).

**Results:** Ulcerative colitis , Crohn's disease, Irritable bowel syndrome are chronic condition in which nursing interventions (preoperative, interpretative and postoperative) play a significant role in to maintain its quality of life constant over time. As a result, the patient and his family environment adapt to the new condition and to the patient's mental empowerment.

**Conclusions:** The manifestations of idiopathic inflammatory bowel diseases increase over the years. With flare-ups and recessions they are treated in any way either by dietary, pharmaceutical, or surgical treatment and the life of patients is adjusted. Through these procedures, the patient receives the support of the nurse who is by his side and trains him but also supports him mentally, in the changes that the diseases will bring to his life.

**Key words:** Idiopathic inflammatory bowel diseases, ulcerative colitis, Crohn's disease, nursing interventions, diagnosis, treatment

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</b>	<b>3</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>4</b>
<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....</b>	<b>5</b>
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ 8</b>	
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>	<b>7</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Ελκώδης Κολίτιδα (ΕΚ)</b>	
1.1 Ορισμός ΕΚ.....	10
1.2 Κλινική εικόνα ΕΚ.....	11
1.3 Διαφορική διάγνωση ΕΚ.....	13
1.4 Εξωεντερικές εκδηλώσεις ΕΚ.....	16
1.5 Θεραπεία ΕΚ.....	19
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Νόσος του Crohn (ΝΚ)</b>	
2.1 Ορισμός ΝΚ.....	22
2.2 Κλινική εικόνα ΝΚ.....	23
2.3 Διαφορική διάγνωση ΝΚ.....	24
2.4 Εξωεντερικές εκδηλώσεις ΝΚ.....	27
2.5 Θεραπεία ΝΚ.....	29
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (ΣΕΕ)</b>	
3.1 Ορισμός ΣΕΕ.....	33
3.2 Κλινική εικόνα ΣΕΕ.....	34
3.3 Διαφορική διάγνωση ΣΕΕ.....	35
3.4 Εξωεντερικές εκδηλώσεις ΣΕΕ.....	37
3.5 Θεραπεία ΣΕΕ.....	37
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Παράγοντες στις ΙΦΝΕ</b>	
4.1 Γενετικοί παράγοντες και ανοσολογικοί.....	42

4.2 Περιβαλλοντικοί παράγοντες .....	44
4.3 Ψυχολογική επίπτωση στο παιδί και την οικογένεια.....	45
4.4 Διατροφή.....	49

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Νοσηλευτική αντιμετώπιση στις ΙΦΝΕ**

5.1 Νοσηλευτική αντιμετώπιση στη Ελκώδη Κολίτιδα.....	54
5.2 Νοσηλευτική αντιμετώπιση στη Νόσο του Crohn.....	58
5.3 Νοσηλευτική αντιμετώπιση στο Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου.....	60

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Νοσηλευτική διεργασία**

##### **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

6.1 Κλινική περίπτωση 1.....	70
6.2 Κλινική περίπτωση 2.....	73

<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>76</b>
--------------------------	-----------

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>80</b>
--------------------------	-----------

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην παρούσα εργασία θα αναφερθούμε στις Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου και πώς κάθε μία ξεχωριστά επηρεάζει τα παιδιά και τους εφήβους. Οι Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου(ΙΦΝΕ), αποτελούνται από την ελκώδη κολίτιδα (UC) ,τη νόσο του Crohn (CD) και το Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου (IBS) που είναι χρόνιες φλεγμονώδεις διαταραχές, που επηρεάζουν είτε αποκλειστικά το παχύ έντερο είτε ολόκληρο το γαστρεντερικό σύστημα, είτε τμήμα του λεπτού εντέρου και κάποιο τμήμα του παχέος εντέρου συχνότητα εμφάνισης της φλεγμονώδους νόσου εντέρου στα παιδιά έχει αυξηθεί σημαντικά κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες με την ακριβής αιτιολογία να παραμένει άγνωστη .Απόρροια έρευνας που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι ότι η μέση ηλικία διάγνωσης των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων ήταν 12,3 έτη συγκεκριμένα ,για την νόσο του Crohn και για την ελκώδη κολίτιδα τα 12,5 χρόνια. Για την απροσδιόριστη κολίτιδα ήταν τα 10,4 χρόνια. Η υψηλότερη συχνότητα που σχετίζεται με την ηλικία εμφανίστηκε στα 14 χρόνια για την νόσο του Crohn και σε 15 χρόνια για την ελκώδη κολίτιδα. Σχεδόν το ένα πέμπτο (19%) όλων των περιστατικών με ΝΚ και με ΕΚ ανήκε σε παιδιά, 10 ετών. Περισσότερα αρσενικά από ό, τι θηλυκά διαγνώστηκαν με ΝΚ (συγκεκριμένα το 57% ήταν αρσενικά και το 43% θηλυκά)ενώ στην ΕΚ, και τα δύο φύλα εκπροσωπήθηκαν εξίσου. Το μέσο μήκος των συμπτωμάτων πριν από τη διάγνωση ήταν 4 μήνες για ΝΚ (εύρος: 0–108) και 2 μήνες για ΕΚ (εύρος: 0,2–36).

Ωστόσο ενοχοποιούνται τόσο οι περιβαλλοντικοί όσο και οι γενετικοί παράγοντες για την εμφάνιση αυτών στα παιδιά και στους εφήβους φλεγμονώδης νόσος του εντέρου προκύπτει ως αποτέλεσμα της επίδρασης περιβαλλοντικών αιτιών σε ένα άτομο με γενετική προδιάθεση. Μπορεί να προκαλέσει κακή γενική κατάσταση της υγείας του ασθενή καθώς περιορίζει την σωματική αύξηση από την νεαρή κιόλας ηλικία ,εξουθενώνει το ανοσοποιητικό σύστημα και έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία του ασθενή αλλά και του περίγυρου του. Έχουν καταγραφεί περιστατικά κατάθλιψης και αγχώδους διαταραχής τόσο στις μεγαλύτερες ηλικίες όσο και στις μικρότερες που διαγνώστηκαν, συνήθως στο μεταβατικό στάδιο της ασθένειας μετά την πρώτη χορήγηση της θεραπείας ,όποια και αν ήταν αυτή. Συνήθως, η ΙΦΝΕ διαγιγνώσκεται πριν από την ηλικία των 18 ετών, επηρεάζοντας τόσο τα παιδιά όσο και τους ενήλικες, ανεξαρτήτως από το φύλο.Περιστατικά τα οποία διαγιγνώσκονται πριν από την ηλικία των 18, η οποία είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς ο φαινότυπος και το φυσικό ιστορικό της νόσου μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία έναρξης τόσο τα σημεία και τα συμπτώματα όσο και η πρόγνωση της νόσου. Για παράδειγμα, η ελκώδης κολίτιδα χαρακτηρίζεται από υψηλό ποσοστό επέκτασης της νόσου και ανάγκη χειρουργικής

θεραπείας, η οποία παρουσιάζει περίπου το 20% των παιδιών κατά τα πρώτα 10 χρόνια παρακολούθησης μετά τη διάγνωση (M'Koma, 2013).

Αυτές οι ασθένειες παρουσιάζουν έναν κύκλο συνεχούς εναλλαγής μεταξύ της ενεργού φάσης και της υφέσιμης περιόδου με αποτέλεσμα την συνεχή εναλλαγή συναισθημάτων και περιόδων έντονου stress τόσο για τα ίδια τα παιδιά όσο και για τους γονείς που καλούνται να τα στηρίξουν σε όλη τη διάρκεια της έξαρσης αλλά και της ύφεσης καθώς θα αντιμετωπίζουν ένα χρόνιο νόσημα . (Talley NJ. Etc. 2011, Cones J. Etc. 2011).

Το άγχος μπορεί να διαδραματίσει ρόλο στην παθογένεια των Ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου, αλλά είναι πιθανότερο να τροποποιήσει παρά να αρχίσει τη δραστηριότητα της νόσου. Τόσο το χρόνιο όσο και το οξύ στρες μπορούν να μεταβάλλουν την ανοσοποιητική λειτουργία και, με τη σειρά τους, μπορεί να επηρεάσουν τη φυσική πορεία των Ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου. Τα αποτελέσματα από τις μελέτες παρατήρησης είναι ασυμβίβαστα. Παρά τη χρόνια πορεία αυτών των παθήσεων και ενώ τα αίτιά τους δεν έχουν αποσαφηνιστεί ,υπάρχουν νέες και αναδυόμενες στοχευόμενες αντιφλεγμονώδεις θεραπείες που εμφανίζονται πολλά υποσχόμενες στη μείωση της νοσηρότητας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Η νοσηλευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να στοχεύει τόσο στη σωματική αλλά και ψυχική αποκατάσταση της υγείας των παιδιών και εφήβων που βιώνουν τις εξάρσεις και τις υφέσεις των ΙΦΝΕ και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.



**ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ (ΕΚ)

#### 1.1 Ορισμός Ελκώδους Κολίτιδας (ΕΚ)

Η ελκώδης κολίτιδα χαρακτηρίζεται από φλεγμονώδεις αλλοιώσεις των επιφανειακών στιβάδων του βλεννογόνου του παχέος εντέρου, οι οποίες αρχίζουν κατά κανόνα από το ορθό και εκτείνονται κεντρικότερα με συνεχές πρότυπο προσβολής. Ανάλογα με τη έκταση μπορεί να διαιρεθεί σε πρωκτίτιδα (προσβολή μόνο του ορθού), σε πρωκτό σιγμοειδίτιδα (προσβολή του ορθού και του σιγμοειδούς), αριστερή κολίτιδα (μέχρι τη σπληνική καμπή) και κολίτιδα (φλεγμονή που εκτείνεται κεντρικότερα της σπληνικής καμπής). Το βασικό χαρακτηριστικό που διακρίνει την ΕΚ από την ΝΚ είναι ότι η ΕΚ επηρεάζει μόνο το παχύ έντερο. Αν και η ήπια φλεγμονή μπορεί περιστασιακά να παρατηρηθεί στο πολύ απομακρυσμένο λεπτό έντερο κατά την ενδοσκόπηση, αυτή η τοπική αλλαγή θεωρείται ότι αντιπροσωπεύει "backwash" από το φλεγμονή του παχέος εντέρου παρά την πρωτογενή εμπλοκή του λεπτού εντέρου (Meier και Sturm, 2011).

Μια άλλη διαφορά μεταξύ ΕΚ και ΝΚ σχετίζεται τόσο με τη μακροσκοπική όσο και τη μικροσκοπική εμφάνιση του εντέρου. Ενώ η φλεγμονή της ΝΚ είναι γενικά διακριτή, ανομοιογενής και χαρακτηριστικά βαθιά, η εμφάνιση με ΕΚ έχει συνεχή περιφερειακή φλεγμονή και επιφανειακό έλκος. Μικροσκοπικά, η φλεγμονή στη ΕΚ περιορίζεται επίσης στα στρώματα βλεννογόνου ή υποβλεννογόνου μόνο (Thoreson and Cullen, 2007).

Σχεδόν το σύνολο των ασθενών με ΕΚ παρουσιάζει φλεγμονή του ορθού, ενώ αριστερή κολίτιδα (προσβολή ορθού, σιγμοειδούς και κατιόντος) παρουσιάζεται στο 50% των περιπτώσεων. Ολική κολίτιδα, προσβολή δηλαδή ολοκλήρου του παχέος εντέρου, ανευρίσκεται σε 20-25% των ασθενών. Η εμφάνιση της νόσου αφορά κυρίως νέους ασθενείς, με τη μεγαλύτερη επίπτωση σε άτομα ηλικίας 10-35 έτη.

Η επίπτωση της ελκώδους κολίτιδας εκτιμάται σε 10-20 περιστατικά ανά 100.000 πληθυσμού κάθε χρόνο ενώ ο επιπολασμός είναι 100200 περιστατικά/100.000 πληθυσμού (Talley NJ. Etc. 2011, Cosnes J. Etc. 2011).

Στα παιδιά και τους εφήβους η ελκώδης κολίτιδα μπορεί να προκαλέσει διαταραχές κατά την ανάπτυξή τους. Η νόσος αυτή παρατηρείται με μεγαλύτερη συχνότητα σε βρέφη, καθώς και σε παιδιά ηλικίας μεγαλύτερης των 8 ετών. Σε ποσοστό περίπου 80% των παιδιών που πάσχουν από

ελκώδη κολίτιδα, η φλεγμονή εντοπίζεται κοντά στη σπληνική καμπή του αριστερού τμήματος του παχέος εντέρου, ενώ στους ενήλικες η νόσος εμφανίζεται με ποσοστό 55% ως πρωκτίτιδα, 30% ως περιφερική κολίτιδα αριστερού τύπου και 15% ως εκτεταμένη κολίτιδα ή πανκολίτιδα (Lachatos et al., 2011)

## 1.2 Κλινική εικόνα ΕΚ

Τα συμπτώματα μπορεί να υπάρχουν για εβδομάδες και μήνες γεγονός που καθιστά την νόσο ιδιαίτερα δύσκολη στην έγκαιρη διάγνωση και στην επιλογή της κατάλληλης θεραπείας παιδιά και οι έφηβοι με ΙΦΝΕ μπορεί να παρουσιάσουν τυπικά ή άτυπα συμπτώματα. Ο φαινότυπος των Ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου στα παιδιά διαφέρει πολύ από αυτόν στους ενήλικες. Οι έφηβοι και ιδιαίτερα τα παιδιά μικρότερης ηλικίας είναι δύσκολο να παρατηρήσουν αλλαγή στη σύσταση των κοπράνων και στην ευρύτερη κατάσταση της υγείας τους και να παραπονεθούν στους γονείς τους. Ακόμη και να έχει αναφερθεί κάποια ενόχληση από τα παιδιά είναι δυνατό να έχει προηγηθεί ένα αιμορραγικό επεισόδιο το οποίο να υποχώρησε και να μην δόθηκε η απαραίτητη σημασία και παρακολούθηση ή ακόμη η νόσος να εκδηλώθηκε μετά από μια διάγνωση λοίμωξης του γαστρεντερικού συστήματος από τον παιδίατρο (Mylonaki, Langmead, Pantos, Johnson και Rampton, 2004).

Μερικοί ασθενείς μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί για αρκετό διάστημα ή να έχουν κάποια εξωεντερική εκδήλωση αρχικά και στη πορεία να εμφανίζουν κάποιο σύμπτωμα κολίτιδας.

Η εμφάνιση της νόσου στη παιδική ηλικία μπορεί να συνοδεύεται με διαταραχές στην ανάπτυξη του παιδιού καθώς και καθυστέρηση στην ήβη του. Συχνά παρατηρούνται συμπτώματα αναιμίας, ναυτία και απώλεια βάρους, λόγω περιορισμένης πρόσληψης τροφής η οποία οφείλεται στην απώλεια της όρεξης. Οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν αρχικά διάρροια, κοιλιακό άλγος, έπειξη προς αφόδευση, αιμορραγία από το ορθό και βλεννοαιματηρές κενώσεις. Σε περιπτώσεις που τα παιδιά εμφανίσουν ως αρχικό σύμπτωμα την διάρροια τότε μπορεί να προκληθούν το λιγότερο 6 κενώσεις την ημέρα και μπορεί να είναι υδαρής ή μαλακές και κάποιες φορές να περιέχουν αίμα και πρόσμιξη με βλέννα. Η διάρροια συνοδεύεται από επιτακτική ανάγκη προς αφόδευση, από αίσθημα ατελούς κένωσης και από δυσάρεστη αίσθηση σπασμού του ορθού ασθενείς με πρωκτίτιδα εμφανίζονται με λιγότερες από τέσσερις διαρροϊκές κενώσεις, με διαλείπουσα αιμορραγία από το ορθό, αποβολή βλέννας και περιορισμένα συστηματικά συμπτώματα. Όταν η φλεγμονή περιορίζεται στο ορθό, η αποβολή αίματος από το ορθό αποτελεί το προεξάρχον σύμπτωμα (Roma ES ect. 2010).

Το αίμα συνήθως επαλείφει τα κόπρανα ή αποβάλλεται σκέτο και συχνά αποδίδεται σε αιμορροϊδοπάθεια, με συνέπεια να καθυστερεί η διάγνωση. Παρατηρείται επίσης τεινεσμός και τάση για συχνή αφόδευση. Η σύσταση των κενώσεων ποικίλει, τα κόπρανα είναι υδαρή ή λασπώδη, ορισμένοι όμως ασθενείς παρουσιάζουν δυσκοιλιότητα. Σε περίπτωση σοβαρής φλεγμονής, οι κενώσεις είναι αιματηρές και δύσοσμες. Εάν η προσβολή είναι πιο εκτεταμένη και η φλεγμονή καταλαμβάνει το αριστερό κόλον ή ολόκληρο το παχύ έντερο, το κυριότερο σύμπτωμα είναι η διάρροια με ή χωρίς συνεχή αποβολή αίματος.

Σημεία επιδείνωσης της νόσου είναι η εμφάνιση κοιλιακού πόνου, η αφυδάτωση, ο πυρετός και η ταχυκαρδία. Οι έφηβοι συνήθως παραπονούνται για πολλές ημισχηματισμένες ή υδαρείς ακόμη και τις νυκτερινές ώρες. Μεταγευματική διάρροια, αίσθηση ατελούς κένωσης του εντέρου και ακράτεια κοπράνων αναφέρονται επίσης μερικές φορές λόγω διαταραχής της κινητικότητας του λεπτού εντέρου και αδυναμία του ορθού να συγκρατήσει σημαντικό όγκο περιεχομένου.

Η ακράτεια των κοπράνων μπορεί να παρατηρηθεί και μετά από περίοδο δυσκοιλιότητας και στη συνέχεια να ακολουθήσουν υδαρείς κενώσεις. Ωστόσο, ο κοιλιακός πόνος δεν αποτελεί χαρακτηριστικό σύμπτωμα στην ελκώδη κολίτιδα. Επειδή η φλεγμονή περιορίζεται στο βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνο, ισχυρός κοιλιακός πόνος παρουσιάζεται σπάνια και υποδηλώνει έντονη φλεγμονή (Dr Lissauer et Dr Clay den, 2016).

Συνήθως αναφέρονται ήπια κολικοειδή άλγη στο υπογάστριο ή στο αριστερό κόλον. Συστηματικά συμπτώματα δεν είναι συνήθη και τις πιο πολλές φορές συνοδεύουν βαριές μορφές κολίτιδας. Η αναιμία επίσης ή η αυξημένη ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων ή η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη είναι πιθανά σημεία που υποδηλώνουν την εμφάνιση της νόσου και ανευρίσκονται μετά τον εργαστηριακό έλεγχο (Roma ES act. 2010).

Αρκετά συχνά είναι δυνατό να έχει προηγηθεί ένα αιμορραγικό επεισόδιο το οποίο να υποχώρησε ή ακόμη η νόσος να εκδηλώθηκε μετά από μια διάγνωση λοίμωξης του γαστρεντερολογικού χωρίς απαραίτητα να έχει προηγηθεί απομόνωση του μικροβίου που την προξένησε (Mylonaki, Langmead, Pantos, Johnson και Rampton, 2004).

Μερικοί ασθενείς μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί για αρκετό διάστημα ή να έχουν κάποια εξωεντερική εκδήλωση αρχικά και στη πορεία να εμφανίζουν κάποιο σύμπτωμα κολίτιδας. Τα συμπτώματα συνήθως στους εφήβους εμφανίζονται πρόωρα, ξαφνικά και αιφνίδια και παρατηρείται ραγδαία μείωση του σωματικού βάρους και σωματικής ανάπτυξης. Σε παιδιά μικρότερης ηλικίας συνήθως εμφανίζονται καθυστερημένα ενώ προϋπάρχουν αρκετό διάστημα και συνήθως ο κοιλιακός πόνος που υπάρχει έχει τη μορφή διαλείποντα πόνου (Roma ES act. 2010)

**Table 1** Prevalence of symptoms in early and older onset pediatric Crohn's Disease<sup>6</sup>

Symptom	Age: 0–5 y (%)	Age: 6–17 y (%)
Abdominal pain	25	44
Weight loss	8	23
Rectal bleeding	33	21
Fever	7	14
Perianal disease	3	8
Joint pain	3	7
Nausea	3	6
Fatigue	6	9
Diarrhea	36	39
Poor growth	9	7
Vomiting	7	7

(Lemone, P., & Burke, K. et al, 2006)

### 1.3 Διαφορική διάγνωση ΕΚ

Η διάγνωση της ελκώδους κολίτιδος στηρίζεται στο ιστορικό, στη μακροσκοπική και μικροσκοπική εξέταση των κοπράνων αλλά κυρίως στην παρουσία των χαρακτηριστικών αλλοιώσεων του εντερικού βλεννογόνου που διαπιστώνονται με την ενδοσκόπηση.

Η ακτινολογική μελέτη δίδει πολύτιμες πληροφορίες αλλά η τελική επιβεβαίωση της διαγνώσεως γίνεται με την ιστολογική εξέταση δειγμάτων βλεννογόνου του ορθού ή άλλων περιοχών του παχέος εντέρου. Η κλινική εξέταση βοηθά στην εκτίμηση της γενικής καταστάσεως του ασθενούς, επισημαίνει την ύπαρξη αφυδάτωσης, πυρετού ή ταχυκαρδίας (που είναι αξιόπιστοι δείκτες της βαρύτητας της νόσου), την ύπαρξη αναιμίας (ωχρότητα), υπολευκωματιναιμίας (οίδημα), εξωεντερικών εκδηλώσεων (πληκροδακτυλία, ίκτερος, αρθρίτις, ιρίτις, αφθώδης στοματίτιδα, οζώδες ερύθημα κ.λπ.). Επίσης η φυσική εξέταση είναι πολύ χρήσιμη για την ανίχνευση σε πρώιμο στάδιο των τοπικών επιπλοκών (τοξικό megacolon και διάτρηση). Εκτός από την παρουσία ελαφράς ευαισθησίας στην ψηλάφηση της κοιλιάς διεξοδικά από τον θεράποντα ιατρό, στις περιπτώσεις κολίτιδος ήπιας ή μέτριας βαρύτητας, η φυσική εξέταση είναι τελείως ανούσια καθώς κλινικά δεν υπάρχει δυνατότητα ανεύρεσης σημείου της νόσου.

Επίσης, ο αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος δείχνει συνήθως φυσιολογικά ευρήματα σε περιπτώσεις ήπιας ή μέτριας βαρύτητας. Σε βαρύτερες μορφές της νόσου με παρατεταγμένη συμπτωματολογία ανευρίσκεται σιδηροπενία και υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία. Η ενεργός δραστηριότητα της νόσου συνδυάζεται συχνά με αύξηση της ΤΚΕ και της CRP, των ορομουκοειδών και του αριθμού των αιμοπεταλίων (Μανούσος, 2004).

Σημαντικές διαγνωστικές πληροφορίες παρέχονται από την εξέταση των κοπράνων ασθενών με ελκώδη κολίτιδα. Οι ασθενείς με ορθίτιδα έχουν συνήθως κόπρανα σκληρής συστάσεως που καλύπτονται από πρόσφατο αίμα και πύον. Αντιθέτως, ασθενείς με εκτεταμένη νόσο έχουν ρευστές ή ημισχηματισμένες κενώσεις που περιέχουν αίμα και βλέννη. Μικροσκοπική εξέταση των κοπράνων αποκαλύπτει την παρουσία μεγάλων αριθμών πυοσφαιρίων καθώς και ιωσινόφιλων. Για τον αποκλεισμό λοιμωδών αιτιών κολίτιδος πρέπει να γίνονται καλλιέργειες για διάφορα παθογόνα (σαλμονέλλες, σιγκέλλες, καμπυλοβακτηρίδιο της νήστιδος, *Clostridium difficile*) καθώς και μικροσκοπική εξέταση για την αναζήτηση ιστολυτικών αμοιβάδων (Μανούσος, 2004).

Σε περίπτωση που εκδηλώνονται οξείες αιματηρές διάρροιες τα λοιμώδη αίτια που πρέπει να αποκλείονται με τη καλλιέργεια κοπράνων είναι η *Salmonella enteritidis*, τα είδη *Shigella*, *Campylobacter jejuni*, *Escherichia coli* O157 και το *Clostridium difficile* (Αθανάσιος Σ. Δημητριάδης, (2004)

Το κύριο σύμπτωμα της ΕΚ είναι το ορατό αίμα στα κόπρανα, το οποίο αναφέρεται σε περισσότερο από το 95% της ενεργού νόσου. Ο ορθικός τεινεσμός και περιστασιακά, η σοβαρή δυσκοιλιότητα αντιπροσωπεύουν τα κλασικά παράπονα για εμπλοκή του ορθού, ενώ η χρόνια διάρροια με νυχτερινή αφόδευση και κράμπες στην κοιλιά είναι τυπικές για την αριστερή ή εκτεταμένη ΕΚ. Προκειμένου να διαγνωστεί η ελκώδης κολίτιδα απαιτείται ένας συνδυασμός κλινικών, εργαστηριακών εξετάσεων και ενδοσκοπικών, ακτινολογικών και ιστολογικών ευρημάτων αντιστοίχως. Είναι σημαντικό το γεγονός ότι το περιπυρηνικό αντίσωμα έναντι του κυτταροπλάσματος των ουδετερόφιλων (pANCA) ανευρίσκεται θετικό σε έως και 70% των περιστατικών με ελκώδη κολίτιδα. Χαρακτηριστική είναι η ύπαρξη ψευδοπολύποδων στη μακροχρόνια νόσο που την κάνει να διαφέρει από τις υπόλοιπες κολίτιδες που μοιάζουν με τη ελκώδη.

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει την ισχαιμική κολίτιδα, τη λοιμώδη κολίτιδα που συνήθως ενοχοποιείται πρώτα από τις υπόλοιπες, την ακτινική κολίτιδα, την εντεροκολίτιδα από μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, τη εκκολπωματίτιδα και τη σκωληκοειδίτιδα. Η σκωληκοειδίτιδα είναι αυτή που απομονώνεται πρώτα και αποκλείει τις πιθανότητες μία προς μία καθώς είναι η συχνότερα εμφανιζόμενη στην παιδική και εφηβική ηλικία. Στην διαφορική διάγνωση ανήκει και το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου και οι κακοήθειες του πεπτικού συστήματος.

Υπάρχουν διαγνωστικά κριτήρια τα οποία καθορίζουν την διάγνωση της εκάστοτε νόσου και περιγράφονται στον παρακάτω πίνακα που ακολουθεί. Τα κριτήρια αυτά περιγράφηκαν και από τον Lennard-Jones (Lennard-Jones JE. 1989) για τη διάγνωση της ΕΚ που ορίστηκε ως μια συνεχής βλεννογόνος φλεγμονή χωρίς κοκκιώματα, που περιλαμβάνει πάντα το ορθό και εκτείνονται συνεχώς σε ένα διάφορο βαθμό σε ένα μέρος ή το σύνολο παχέος εντέρου. Υπάρχουν διάφοροι

ορισμοί ή κριτήρια που χρησιμοποιούνται για την ταξινόμηση ασθενών με ΕΚ (Bousvaros A ect. 2007, Levine A. Ect. 2011).

Η διάγνωση της ΕΚ βασίζεται στην παρουσία από (α) αιματηρή διάρροια με αρνητικές καλλιέργειες κοπράνων και (β) ενδοσκοπική - ένδειξη διάχυτης, συνεχούς φλεγμονής του βλεννογόνου που εμπλέκει το το ορθό και έχει επεκταθεί ως ένα σημείο πιο κοντά στο παχύ έντερο. Ωστόσο, ένα ευρέως αποδεκτό σύστημα με καλά καθορισμένα κριτήρια ή βαθμολογία για την ταξινόμηση της ΕΚ δεν υπάρχει. Ανωμαλίες όπως σύνθετες ή περιπρωκτικά συρίγγια, εμπλοκή της ανώτερης γαστρεντερικής οδού, οι αλλοιώσεις των βλαβών ή οι κοκκιώματα είναι συνήθεις ενδείξεις της ΝΚ.Ο όρος αόριστη κολίτιδα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο από τον παθολόγο όταν δεν είναι σε θέση να κάνει μια συγκεκριμένη διάγνωση με βάση το δείγμα συλλεκτομής (Conrad K. Ect. 2014).

**Table 1**  
Diagnostic features of ulcerative colitis.

	Feature
Clinical features (symptoms should be present for at least 4 weeks)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diarrhoea</li> <li>• Gross or occult rectal bleeding</li> <li>• Abdominal pain with or around time of defecation</li> <li>• Exclusion of intestinal infection (enteric pathogens, e.g. <i>Salmonella</i>, <i>Shigella</i>, <i>Yersinia</i>, <i>Campylobacter</i>, <i>E coli 0157:H7</i>, <i>Clostridium difficile</i>)</li> </ul>
Laboratory features	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iron deficiency anaemia</li> <li>• Thrombocytosis</li> <li>• Hypalbuminemia</li> <li>• Autoantibodies (GAB, atypical or perinuclear ANCA)</li> </ul>
Endoscopic features	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elevated faecal calprotectin</li> <li>• Diffuse, continuous involvement of the mucosa starting at the rectum and extending continuously proximally to a variable extent</li> <li>• Loss of visible vascular pattern</li> <li>• Loss of haustral folds</li> <li>• Mucosal erosions and mucosal friability (bleeding when touched by endoscope) or spontaneous bleeding and ulceration</li> <li>• Oedematous, erythematous appearance of the mucosa</li> <li>• Pseudopolyps with long-standing UC</li> </ul>
Histological features	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mucopurulent exudates</li> <li>• Increased mononuclear inflammation in the lamina propria (plasmacytosis)</li> <li>• Mucin depletion</li> <li>• Goblet cell depletion</li> <li>• Crypt distortion, branching and atrophy</li> <li>• Crypt abscesses</li> </ul>

(Levine A. Ect. 2011)

#### 1.4 Εξωεντερικές εκδηλώσεις ΕΚ

Οι εξωεντερικές εκδηλώσεις κυρίως αφορούν το ερειστικό σύστημα, με μορφή αρθρίτιδων, το δέρμα, τα μάτια, τους νεφρούς. Η πιο σοβαρή και θανατηφόρα επιπλοκή που μπορεί να υπάρξει είναι η θρόμβωση και η πνευμονική εμβολή. Οι περισσότερες εξωεντερικές εκδηλώσεις με τη βελτίωση της πάθησης παρουσιάζουν ύφεση, με τη σκληρυντική χολαγγειίτιδα, την κίρρωση και την ιερολαγονίτιδα – σπονδυλίτιδα να μην ανήκουν σε αυτή την κατηγορία ( Giannini S et al, 2007).

Η περιφερική αρθρίτιδα είναι η συχνότερη εξωεντερική μυοσκελετική εκδήλωση της ΙΦΝΕ με επιπολασμό μεταξύ 10-20%. Η αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα συνυπάρχει στο 3- 6% των ασθενών με ΙΦΠΕ, ενώ η απλή ιερολαγονίτιδα χωρίς έκφραση άλλων στοιχείων αγκυλοποιητικής σπονδυλίτιδας είναι πολύ συχνότερη (14-20%), όπως διαπιστώθηκε κατά την μελέτη των ακτινολογικών ευρημάτων. Μετά από έρευνα που πραγματοποιήθηκε διαπιστώθηκε ότι το 18% των ασθενών είχαν φλεγμονώδες άλγος σπονδυλικής στήλης (inflammatory spinal pain) ως τη μόνη ρευματολογική εκδήλωση. Οι αρθρικές εκδηλώσεις φτάνουν σε 15,8% των ασθενών με ΕΚ που εμφανίζουν σοβαρά συμπτώματα . Οι φλεγμονώδεις αρθροπάθειες και η πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα (PSC) είναι από τις πιο συνηθισμένες και σημαντικές εξωεντερικές εκδηλώσεις της ΕΚ. Η PSC διαγιγνώσκεται σε περίπου 2-10% των ασθενών με ΕΚ και εμφανίζεται περιστασιακά με αυτοάνοση ηπατίτιδα (σύνδρομο επικάλυψης).

Ακόμη, εμφανίζονται εξωεντερικές εκδηλώσεις με ιδιαίτερη προτίμηση στο ήπαρ και τα χοληφόρα. Αρχικά παρουσιάζεται σκληρυντική χολαγγειίτιδα με κλινική εικόνα χολόστασης η οποία συνδέεται κυρίως με την ελκώδη κολίτιδα και μάλιστα έχει και ιδιαίτερα χαρακτηριστικά εντόπισης. Είναι κατά κανόνα πανκολίτιδα αλλά ανταποκρίνεται εύκολα στη θεραπεία. Μια σημαντική εξέταση που παίζει ρόλο στην ελκώδη κολίτιδα όταν υπάρχει σκληρυντική αγγειίτιδα είναι η κολονοσκόπηση.

Η αναιμία είναι ιδιαίτερα συχνή σε ασθενείς με νόσο του Crohn και ελκώδη κολίτιδα με τα περιστατικά της ελκώδους κολίτιδας να υπερτερούν των περιστατικών της νόσου του Crohn. Συγκεκριμένα η αναιμία επηρεάζει το 66% των νοσηλευόμενων ασθενών με σοβαρή νόσο και το 40% των ασθενών στα κέντρα αναφοράς . Στην πλειονότητα των περιπτώσεων αναιμίας μετά από ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου , η αιτία είναι ένας συνδυασμός αναιμίας από έλλειψη σιδήρου (IDA) και χρόνιας αναιμίας λόγω της ίδιας της ασθένειας (ACD). Εκτιμάται ότι η έλλειψη σιδήρου εμφανίζεται μεταξύ 36% και 90% των ασθενών με αναιμία με Ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου αναιμία αυτή είτε είναι αναιμία λόγω της χρόνιας νόσου και φλεγμονής είτε οφείλεται στη σιδηροπενία που εμφανίστηκε στο διάστημα παράλληλα με την ανακάλυψη της νόσου. Η σιδηροπενία είναι ακόμη πιο συχνή (έως και 45% των ασθενών με ΙΦΝΕ) και απαιτεί έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση είτε με νοσηλεία στο νοσοκομείο σε βαριές καταστάσεις είτε με θεραπεία από μόνος του ο ίδιος ο ασθενής.(Van Assche G, et al, 2013 ).



Η Σιδηροπενική Αναιμία οφείλεται είτε στη χρόνια απώλεια αίματος από το γαστρεντερικό είτε στη μειωμένη απορρόφηση σιδήρου από το δωδεκαδάκτυλο .Στη συνέχεια ακολουθεί ως αιτία η περιορισμένη πρόσληψη διαιτητικού σιδήρου.Η αναιμία Χρονίας Νόσου (ΑΧΝ) οφείλεται στις μεταβολές στην ομοιόσταση του σιδήρου ,στον μειωμένο πολλαπλασιασμό των πρόδρομων ερυθρών αιμοσφαιρίων ,στη αναστολή στην παραγωγή της ερυθροποιητίνης ,στη μείωση της διάρκειας ζωής των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Περιστασιακά Ανεπάρκεια βιταμίνης Β12, ανεπάρκεια φυλικού, φάρμακο-επαγόμενη (σουλφασαλαζίνη, θειοπουρίνες) μπορεί να προκαλούν την αναιμία ως εξωεντερική εκδήλωση και αντιμετωπίζονται με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή. Σπάνια η αιμολυσία, μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα (MDS), απλασία (συχνά φαρμακοεπαγόμενη) ,οι συγγενείς αιμοσφαιρινοπάθειες, οι διαταραχές στην ερυθροποίηση κρίνονται υπεύθυνες για την εμφάνιση της αναιμίας σε ασθενείς με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου( Giannini S et al, 2007).

Η χορήγηση σιδήρου συστήνεται σε όλους τους ασθενείς με ΙΦΝΕ και ο στόχος της σιδηροθεραπείας είναι η αναπλήρωση των αποθηκών σιδήρου και η ομαλοποίηση των επιπέδων της Hb, της φερριτίνης ορού, και του κορεσμού της τρανσφερίνης, αλλά και η αποφυγή της ανάγκης για μετάγγιση αίματος στα παιδιά και τους εφήβους που νοσούν από ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα. Διαθέσιμες επιλογές θεραπείας για επίτευξη αυτών των στόχων περιλαμβάνουν η χορήγηση από του στόματος και ενδοφλέβιων (IV) σκευασμάτων σιδήρου.

Τα βασικά πλεονεκτήματα της στοματικής θεραπείας με σίδηρο είναι χαμηλό κόστος και ευκολία διαχείρισης στο σπίτι. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα είναι περιορισμένη λόγω διαταραχής της εντερικής απορρόφησης σιδήρου λόγω της υποκείμενης ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου και παρενέργειες, όπως ο κοιλιακός πόνος, ναυτία, φούσκωμα και διάρροια. Επιπλέον, έχει αναφερθεί ότι η θεραπεία με σίδηρο από το στόμα μπορεί να επιδεινώσει την πορεία της ίδιας της νόσου , με τον μη απορροφημένο σίδηρο να προκαλεί βλάβη του βλεννογόνου, τη δημιουργία αντιδραστικών ειδών οξυγόνου που προκαλούν οξειδωτικό στρες στην εντερική οδό, και αλλοίωση του μικροβίου του εντέρου.

Οι ECCO οδηγίες συστήνουν τον IV σίδηρο ως θεραπεία πρώτης γραμμής:

- σε ασθενείς με κλινικά ενεργό ΙΦΝΕ
- με ιστορικό δυσανεξίας στον από του στόματος (per os) χορηγούμενο σίδηρο
- σε ασθενείς με εργαστηριακές τιμές Hb < 10 g/dL
- και σε ασθενείς που χρειάζονται θεραπεία με ESAs (erythropoiesis-stimulating agents).

Σε περιπτώσεις ήπιας μορφής ελκώδους κολίτιδας ,ήπιας αναιμίας, χωρίς ιστορικό δυσανεξίας στη χορήγηση σιδήρου από το στόμα και συνήθως στη πρωκτοσιγμοειτίδα προτιμάται να δίνεται ο

σίδηρος εκ του στόματος συμπληρωματικά με την υπόλοιπη θεραπεία του ασθενή (Xavier Cortes, Joaquín Borrás et al, 2015).

Σε περιπτώσεις έξαρσης της νόσου ή σε περιπτώσεις που έχει προσβληθεί ανώτερο τμήμα του εντέρου και μεγαλύτερο τότε ο σίδηρος που χορηγείται στον ασθενή προτιμάται να γίνεται η χορήγηση ενδοφλεβίως. Τα βασικά πλεονεκτήματα της στοματικής θεραπείας με σίδηρο είναι χαμηλό κόστος και ευκολία διαχείρισης στο σπίτι. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα είναι περιορισμένη λόγω διαταραχής της εντερικής απορρόφησης σιδήρου λόγω της υποκείμενης ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου και παρενέργειες, όπως ο κοιλιακός πόνος, ναυτία, φούσκωμα και διάρροια. Οι IV θεραπείες σιδήρου που είναι διαθέσιμες είναι η σιδηρούχα καρβοξυμαλτόζη (FCM) (Ferinject, Vifor Pharma Group), σιδηρούχος δισομαλτόζη/ισομαλτοσίδη σιδήρου 1000 (IIM) (Monofer, Pharmacosmos A/S) και σίδηρος σακχαρόζη (IS) (Venofer, Vifor Pharma Group). Κάθε IV σκεύασμα σιδήρου έχει ένα συγκεκριμένο σχήμα δοσολογίας που ρυθμίζεται από τον θεράποντα ιατρό κάθε παιδιού (Christoph Gasche 1, Arnold Berstad, et al, 2007).

Στην κατηγορία των δερματικών εκδηλώσεων κατατάσσονται τα παρακάτω : (α) Γαγγραινώδες πυόδερμα, (β) Οζώδες ερύθημα, (γ) Σύνδρομο Sweet με σειρά επικρατέστερης εμφάνισης όπως ακριβώς έχουν αναγραφεί. Το γαγγραινώδες πυόδερμα αποτελεί την συχνότερη από τις εκδηλώσεις αυτές με την υποτροπιάζουσα αφθώδης στοματίτιδα, τις παθήσεις δέρματος σε θέσεις κολοστομίας και ειλεοστομίας και τις ουδετεροφιλικές δερματοπάθειες να εμφανίζονται κάτω από ειδικές συνθήκες της νόσου. Εκτός των ανωτέρω νοσημάτων, συχνά σε ασθενείς με ΙΦΝΕ παρατηρούνται επίσης οι διάφορες μορφές λευκοκυτταροκλαστικής αγγειίτιδας, περιλαμβανομένης της δερματικής αγγειίτιδας μικρών αγγείων, του επηρμένου επίμονου ερυθήματος, αλλά και της δερματικής οζώδους πολυαρτηρίτιδας. Οι παθογνωμικές βλεννογόνο-δερματικές εκδηλώσεις της ελκώδους κολίτιδας είναι η φλυκταινώδης δερματοπάθεια και η βλαστική πύο στοματίτιδα που αποτελούν μεγάλο τμήμα της νοσηλείας ενός ασθενή που νοσηλεύεται σε νοσοκομείο και του σχεδιάζεται ειδική αγωγή από τον θεράποντα ιατρό. Το γαγγραινώδες πυόδερμα (pyoderma gangrenosum) περιγράφεται ως επώδυνα, φλεγμονώδη έλκη δέρματος με χαρακτηριστικά υποσκαμμένα, νεκρωτικά πολυκυκλικά χείλη και ρυπαρό πυθμένα, παρατηρείται σε ποσοστό 1–10% των ασθενών με ενεργό ΙΦΝΕ (Kjell Reichenberg MD et al, 2007).

Το γαγγραινώδες πυόδερμα αρχίζει συνήθως ως μια «απλή» φλύκταινα, ένα φλυκταινώδες οζίδιο ή πιο σπάνια ως ένας ερυθηματώδης όζος, που εξελκώνεται ταχέως και επεκτείνεται ακανόνιστα και με διαφορετικό ρυθμό από ασθενή σε ασθενή. Χαρακτηριστικό κλινικό εύρημα και σημείο ενεργότητας της νόσου είναι μια ιδιαίτερα επώδυνη και ευαίσθητη ερυθροϊώδης-σταχτόχροη περιμετρική παρυφή του έλκους που θα πρέπει να εντοπιστεί εγκαίρως ώστε να αντιμετωπιστεί αναλόγως με την κατάλληλη αγωγή. Βλαστική πύο στοματίτιδα Χαρακτηριστική είναι η εικόνα της

στοματικής προσβολής, με μια επιφάνεια από συρρέουσες θηλωματώδεις προεκβολές με αιμορραγικές-ελκώδεις ή φλυκταινώδεις κορυφές (βλαστική πυοστοματίτιδα, pyostomatitis vegetans), μια κλινική εικόνα η οποία σχεδόν στο 100% των περιπτώσεων είναι εκδήλωση ελκώδους κολίτιδας είτε στο πλαίσιο πολυεστιακής προσβολής του επικαλυπτικού συστήματος (παράλληλα με αντίστοιχες εστίες πυοδερματίτιδας και πυοεπιπεφυκίτιδας) είτε ως μεμονωμένο εξωεντερικό εύρημα σε ασθενείς με έξαρση ή υποτροπή της εντερικής νόσου, 105–112 σε σπάνιες περιπτώσεις ακόμη και σε ασθενείς με «ασυμπτωματική ΙΦΠΕ» (Torsten Kucharzik, Sibylle Koletzko, et al, 2020).

### 1.5 Θεραπεία ΕΚ

Η θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας ποικίλει ανάλογα με την βαρύτητα των συμπτωμάτων και την μορφή της νόσου. Οι συντηρητικές θεραπείες περιλαμβάνουν κυρίως την χορήγηση των αντιδιαρροϊκών φαρμάκων, την μακροχρόνια χορήγηση σουλφασαλαζίνης και διάφορων άλλων φαρμάκων και σκευασμάτων που ανακουφίζουν τα εκάστοτε συμπτώματα. Επίσης, τα κορτικοστεροειδή χρησιμοποιούνται σε ειδικές περιπτώσεις μέτριας ή σοβαρής μορφής της νόσου για να μειωθεί η φλεγμονή που υπάρχει στο βλεννογόνο του εντέρου. Συμπληρωματικά, κατά την διάρκεια παροξύνσεων είναι απαραίτητη η αναπλήρωση υγρών προς αποφυγή της αφυδάτωσης. Επιπλέον, η διαίτα που πρέπει να ακολουθούν τα άτομα τα οποία πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα θα πρέπει να είναι χαμηλή σε λίπος και φυτικές ίνες γιατί αυξάνουν την περιεκτικότητα σε πρωτεΐνη και την θερμιδική αξία. Η ψυχολογική στήριξη των παιδιών και της υπόλοιπης οικογένειας συνίσταται να γίνεται από ειδικούς επιστήμονες του χώρου υγείας.

#### Συντηρητική Θεραπεία

Η συντηρητική θεραπεία έχει σκοπό τη διατήρηση της ύφεσης της νόσου γι' αυτό οι ασθενείς πριν λάβουν την φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να αξιολογηθούν και να ελεγχθούν για να γίνει σαφές ότι πληρούν τις απαραίτητες προϋποθέσεις για την χορήγηση της θεραπείας. Οι στόχοι για την θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας είναι η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου που αναφέρει ο ασθενής όπως είναι η διάρροια και ο κοιλιακός πόνος (Seah & Cruz, 2016).

Αφού αποκλειστεί η ύπαρξη κάποιας εντερικής λοίμωξης, τα ενδοφλέβια κορτικοστεροειδή είναι τα βασικότερα φάρμακα που χορηγούνται για την θεραπεία. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται συνήθως είναι ένας συνδυασμός αυτών, τα οποία περιλαμβάνουν σαλικυλικά, κορτικοστεροειδή, ανοσοκατασταλτικά και αντιδιαρροϊκά. Στα σαλικυλικά φάρμακα περιλαμβάνεται η σουλφασαλαζίνη, η οποία αποτελεί μία από τις πρώτες θεραπείες για την ελκώδη κολίτιδα, καθώς θεωρείται ότι δρα μέσω αναστολής της σύνθεσης προσταγλανδινών, με επακόλουθο την μείωση της φλεγμονής (Fell et al, 2016).

Η χρήση της σουλφασαλαζίνης γίνεται για να αποτρέψει τις υποτροπές της νόσου και για να θεραπεύσει τις εξάρσεις ήπιας ή μέτριας βαρύτητας. Η συνιστάμενη δόση της σουλφασαλαζίνης είναι 2 με 4 g ημερησίως, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες που δίνει ο ειδικός. Κατά την διάρκεια εξάρσεων της νόσου ο γιατρός μπορεί να προτείνει θεραπεία με κορτικοστεροειδή από το στόμα ή ενδοφλεβίως.(Lamb et al, 2019).

Η πρεδνιζολόνη, συνήθως, μπορεί να δοθεί από το στόμα στα 40-65 mg ημερησίως. Εάν ο ασθενής είναι πιο σοβαρά, τότε χορηγείται η πρεδνιζολόνη ενδοφλεβίως σε δόση 45- 60 mg την ημέρα. Τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα δίνονται σαν θεραπεία παράλο που δεν είναι αποτελεσματικά για την θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας. Παρ' όλα' αυτά όταν δίνονται σε συνδυασμό με στεροειδή, μπορεί να βοηθήσουν στη μείωση της συνιστάμενης δόσης των στεροειδών που είναι απαραίτητα για να έχουμε απόκριση από τον οργανισμό (Pineton et al., 2018).

Τα πιο συχνά αντιδιαρροϊκά φάρμακα που δίνονται περιλαμβάνουν την υδροχλωρική διφαινοξυλάτη, τη θεική ατροπίνη και τη λοπεραμίδη. Αυτά τα φάρμακα χορηγούνται και χρησιμοποιούνται για την συντηρητική αντιμετώπιση των διαρροιών. Τα αντιδιαρροϊκά φάρμακα χρησιμοποιούνται για την μείωση του εντερικού περισταλισμού που συνήθως είναι αυξημένη σε ασθενή με ελκώδη κολίτιδα. Δίνονται με προσοχή γιατί μπορεί να επιταχύνουν τη διάταση του εντέρου και τη δημιουργία τοξικού megάκολου (Acosta, 2013) .

### **Χειρουργική θεραπεία**

Χειρουργική αντιμετώπιση πραγματοποιείται σε ένα ποσοστό 20-35% των ασθενών με ιστορικό ελκώδους κολίτιδας είτε εξαιτίας αντιμετώπισης μιας επιπλοκής είτε εξαιτίας αναποτελεσματικής θεραπείας με τα φάρμακα. Αναλυτικότερα, η χειρουργική επέμβαση γίνεται μόνο όταν η αιμορραγία δεν σταματάει ή όταν υπάρχει η ένδειξη ότι πρόκειται για καρκίνο του παχέος εντέρου, τοξικό megάκολο ή άλλες βλάβες που δεν μπορούν να αφαιρεθούν διαφορετικά. Επιπλέον, η χειρουργική επέμβαση συνίσταται σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε φαρμακευτική αγωγή χωρίς ικανοποιητικά αποτελέσματα. Σε άτομα με σοβαρή οξεία ελκώδη κολίτιδα κρίνεται απαραίτητο και αναγκαίο να υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση.

Η αποκαταστατική πρωκτολεοτομή με αναστόμωση του πρωκτικού σάκου είναι η πιο συχνή επέμβαση. Οι κατηγορίες που γίνεται χειρουργική επέμβαση είναι συγκεκριμένες. Η ισχαιμική και η ψευδομεμβρανώδης κολίτιδα ανήκει σε μία από τις κατηγορίες αυτές (Bohl, 2015).

Ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα που έχουν συνεχείς εξάρσεις και δεν ανταποκρίνονται στην συντηρητική αγωγή κρίνεται απαραίτητη η εκλεκτική κολεκτομή για την βελτίωση της ζωής τους. Επιπλέον, η επείγουσα κολεκτομή γίνεται σε οξείες μορφές της νόσου, δηλαδή όταν υπάρχει αιμορραγία η τοξικό megάκολο (Ha & Khalil, 2015).

Η επέμβαση που επιλέγεται περισσότερο για ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα είναι ολική κολεκτομή και με ειλεοπρωκτική αναστόμωση. Με την χειρουργική επέμβαση αυτή αποφεύγεται η μόνιμη στόμια ενώ ταυτόχρονα διατηρείται η αφόδευση του πεπτικού σωλήνα από το ορθό με πολύ καλή εγκράτεια, λόγω της δημιουργίας του ειλεού θύλακου. Για την πραγματοποίηση αυτής της εγχείρησης θα πρέπει η λειτουργικότητα του ορθού, του πρωκτού καθώς και του σφικτήρα να είναι φυσιολογική. Σε αυτή την επέμβαση αφαιρείται όλο το παχύ έντερο και το ορθό εκτός από τα 2cm και δημιουργείται ειλικός νεο θύλακας, αναστομώνεται ο νεο θύλακας με κολόβωμα του ορθού και δημιουργείται μια παροδική προφυλακτική διάυλος ειλεοστομίας . Σε βαριά πάσχοντες ασθενείς η επέμβαση που προτιμάται είναι η κολεκτομή με βλεννώδες συρίγγιο ή σύγκλιση του ορθού κατά Hartmann. Η επέμβαση αυτή είναι μια τεχνική, η οποία ενδείκνυται σε περιπτώσεις, όπου πριν την εγχείρηση υπάρχουν αμφιβολίες σχετικά με το εάν πρόκειται για ελκώδη κολίτιδα ή νόσος του Crohn. Στην συγκεκριμένη εγχείρηση, αφαιρείται ολόκληρο το κόλον έως το επίπεδο του ανώτερου ορθού, το κολόβωμα του ορθού συγκλείεται, ενώ ο τελικός ειλεός εξωτερικεύεται ως τελική ειλεοστομία. Κατά την κολεκτομή και την σύγκλιση του ορθού κατά Hartmann's το ορθό πρέπει να κατανέμεται σε σχετικά υψηλό επίπεδο, ώστε να διευκολύνεται η επέμβαση. Η λαπαροσκοπική ολική κολεκτομή με ειλεοπρωκτική αναστόμωση επιλέγεται για λόγους αισθητικής, μικρότερης νοσηλείας και διατήρησης των νευρικών πλεγμάτων που είναι υπεύθυνα για την στύση και τον οργανισμό.

Τέλος, κατά την ολική πρωκτοκολεκτομή με εγκρατή ειλεοστομία αφαιρείται ολόκληρο το κόλον το ορθό και ο πρωκτός και κατασκευάζεται μια στομία, όπου το εξωτερικό τμήμα του εντέρου είναι ένας θύλακος του τελικού ειλεού με μια βαλβίδα στο στόμιο εξόδου για να αποδεύει εκούσια ο ασθενής. Η ολική κολεκτομή με τελική ειλεοστομία ενδείκνυται σε εμφάνιση μαζικής αιμορραγίας με συμπτώματα πολυοργανικής ανεπαρκείας και στην εμφάνιση τοξικού megacolon. Σε περίπτωση που η χειρουργική επέμβαση δεν είναι επείγουσα τότε υπάρχει η προγραμματισμένη η οποία προτείνεται σε ασθενείς που εκδηλώνουν σοβαρά εξωεντερικά συμπτώματα με κακή πρόγνωση της νόσου και πραγματοποιείται ολική πρωκτοκολεκτομή ,η οποία έχει χαμηλά ποσοστά μετεγχειρητικής θνητότητας. (Τσιγκρής, 2014).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Νόσος του Crohn (NK)

#### 2.1 Ορισμός Νόσου του Crohn (NK)

Η νόσος του Crohn μπορεί να προσβάλλει οποιοδήποτε τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα με ασυνεχές πρότυπο προσβολής.

Η νόσος του Crohn τυπικά αρχίζει ως ένα μικρό φλεγμονώδες αφθώδες έλκος (επιφανειακό έλκος με λευκή βάση και ανυψωμένα χείλη, παρόμοιο με αυτά της υποτροπιάζουσας αφθώδους στοματίτιδας) στο βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνο χιτώνα του εντέρου. Αυτές οι αρχικές βλάβες είναι δυνατόν να υποχωρήσουν. Σε άλλες όμως περιπτώσεις μπορεί να εξελιχθούν, προσβάλλοντας όλα τα στρώματα του εντερικού τοιχώματος. Στη συνέχεια, αναπτύσσονται βαθύτερες εξελκώσεις, κοκκιωματώδεις βλάβες και ρωγμές .

Η νόσος διακρίνεται σε τέσσερις τύπους που αναλύονται παρακάτω: (α) ο χρόνιος φλεγμονώδης τύπος ο οποίος είναι ο πιο συχνός και προκαλεί χαμηλό πυρετό ,κακουχία,απώλεια βάρους,κοιλιακά άλγη και διάρροια (β) ο αποφρακτικός φλεγμονώδης τύπος ο οποίος διαπιστώνεται αρχικά σαν ένα φούσκωμα διάχυτα στη κοιλιά ,το λεγόμενο «γουργουρητό» της κοιλιάς και ο πόνος που νιώθει ο ασθενής περιγράφεται ως κολικοειδής (γ) ο τύπος της νόσου που εκδηλώνεται με συρίγγια (δ) ο περιπρωκτικός τύπος .Το τοίχωμα του εντέρου στη νόσο του Crohn εμφανίζεται πεπαχυσμένο και άκαμπτο.Το μεσεντέριο που είναι πεπαχυσμένο και οι οιδηματώδεις και συσπασμένο ακινητοποιεί το έντερο σε μια θέση.Οι γειτονικές έλικες μπορεί να ενωθούν μεταξύ τους λόγω της διατοιχωματικής φλεγμονής.

Μετά τον ενδοσκοπικό έλεγχο κατά τη φάση της διάγνωσης ανευρίσκονται αφθώδη έλκη ως η πρωιμότερη συνήθως βλάβη της νόσου του Crohn, τα οποία παρατηρούνται πάνω στις πλάκες του Payer στο λεπτό έντερο και πάνω στις περιοχές λεμφικής συνάθροισης στο παχύ έντερο. Αξίζει να αναφερθεί ότι το νόσημα αυτό μπορεί να σταματήσει ή να περιορίσει την ανάπτυξη, να αποδυναμώσει τα οστά και να καθυστερήσει την έναρξη της εφηβείας (Beaulieu D.B,Kane S.2011).

Ενδέχεται να αισθάνονται διαφορετικά και να μην είναι σε θέση να κάνουν τα πράγματα που μπορούν να κάνουν οι φίλοι τους, ειδικά κατά τη διάρκεια που η νόσος είναι σε έξαρση. Στο 80% των ασθενών η νόσος εντοπίζεται στο λεπτό έντερο, συνήθως στον τελικό ειλεό, ενώ στο ένα τρίτο αυτών προσβάλλεται αποκλειστικά ο ειλεός. Σχεδόν στους μισούς ασθενείς με νόσο του Crohn

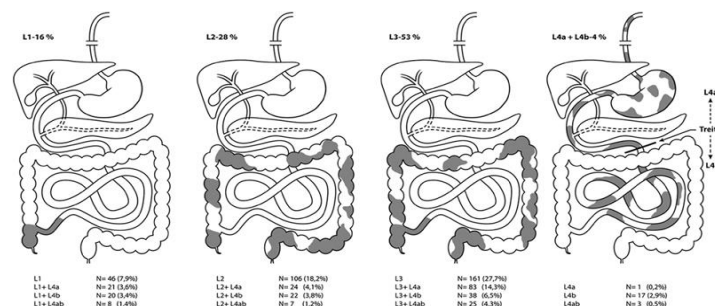
υπάρχει προσβολή τόσο του ειλεού όσο και του παχέος εντέρου (ειλεοκολίτιδα), ενώ στο 20% αυτών η νόσος περιορίζεται μόνο στο παχύ έντερο. Στο 30% των ασθενών υπάρχει περιπρωκτική νόσος, ενώ σε ένα μικρό ποσοστό η νόσος μπορεί να εμφανιστεί αρχικά με βλάβες κυρίως στη στοματική κοιλότητα και στη γαστροδωδεκαδακτυλική περιοχή και σπανιότερα στον οισοφάγο και στη νήστιδα.

## 2.2 Κλινική εικόνα ΝΚ

Σε παιδιά και εφήβους με νόσο του Crohn τα συμπτώματα είτε θα είναι τυπικά ή άτυπα. Τα συμπτώματα της είναι άλλοτε οξέα και άλλοτε ηπιότερα και περιλαμβάνουν πόνο, κυρίως περιομφαλικό, κακουχία, επεισόδια διάρροιας, εμετό, αίσθηση ατελούς κένωσης του εντέρου, απώλεια βάρους και πυρετό.

Επίσης, δυσκοιλιότητα που μπορεί να οδηγήσει σε απόφραξη του εντέρου, υποθρεψία, αίσθημα κόπωσης, νυχτερινές επιδρώσεις Τα κόπρανα περιέχουν συνήθως μικροσκοπικά αίμα (αιμορραγία από το ορθό), για αυτό η αναιμία με έλλειμμα βιταμίνης B12 είναι συχνή.

Σε πιο σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να δημιουργήσει ραγάδες πρωκτού, με πόνο και αιμορραγία. Σε μικρότερα παιδιά μπορεί να προκαλέσει καθυστέρηση της ήβης και της ανάπτυξης του σκελετού. Οι κοιλιακές κράμπες αυξάνονται συχνά μετά το φαγητό και μειώνονται σε ένταση μετά την κένωση του εντέρου. Μπορεί να σχηματιστούν ορθικά ή άλλα συρίγγια (με εκκρίσεις πύου, βλέννης ή κοπράνων), διαβρώσεις και αποστήματα.



De Bie C I, Paerregaard A, Kolacek S et al.(2013)

Εξαιτίας της φλεγμονής μπορεί να παρουσιαστούν φαινόμενα οξείας κοιλίας, ακόμα και πραγματικές διατρήσεις του εντέρου και περιτονίτιδα. Άλλες φορές, εξαιτίας πάχυνσης του τοιχώματος προκαλείται απόφραξη και φαινόμενα ειλεού. Μπορεί να εμφανίζονται περιοδικά και να υποχωρούν ενώ άλλοτε εμφανίζονται οξέα. Η συμπεριφορά της διάρροιας μοιάζει με αυτήν στη ελκώδη κολίτιδα καθώς το 1/3 των ασθενών εμφανίζουν αιματηρή διάρροια ενώ στην εντόπιση της

φλεγμονής μόνο στο λεπτό έντερο τα κόπρανα είναι υδαρή και δεν περιέχουν αίμα (Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 2016).

Τα συμπτώματα συχνά που παρουσιάζονται όταν προσβάλλεται το τμήμα τελικό του ειλεού είναι ατελή απόφραξη με συμπτώματα κολικού ,ναυτίας,έντονης ζάλης και εμετού πόνος στο δεξιό λαγόνιο βόθρο συνήθως συνοδεύεται από ναυτία και ανορεξία .Παρατηρείται απώλεια βάρους και χαμηλή ανάπτυξη και σωματική διάπλαση των παιδιών. Η διάρροια η οποία παρουσιάζεται ως συνεχής ή επεισοδιακή συμβάλλει και αυτή στη απώλεια βάρους λόγω της δυσαπορρόφησης των θρεπτικών συστατικών και συχνά παρατηρείται αναιμία, ηλεκτρολυτικές διαταραχές και συμπτωμάτων από την έλλειψη βιταμινών. Ψηλαφητή μάζα στη περιοχή της κοιλιάς αποτελεί εύρημα σπάνια σε παιδιά και εφήβους ενώ σε μεγαλύτερες ηλικίες είναι από τα βασικότερα. Περιοριστικές φλεγμονές συχνά συνυπάρχουν με μια πυρετική κίνηση είτε χαμηλή είτε υψηλή που συνήθως αυτή οδηγεί τον γονέα στην αναζήτηση του προβλήματος. Μερικοί ασθενείς μπορεί να έχουν συμπτώματα για χρόνια πριν τη διάγνωση της ΝΚ. Διαταραχές του εντέρου χαρακτηρίζονται από έλλειψη flatus (γαστρεντερικό αέριο) και κινήσεων του εντέρου, υπερκινητικό έντερο ήχους καθώς επίσης ναυτία και έμετο.

Ασθενείς με διεισδυτική ΝΚ μπορεί να αναπτύξουν συρίγγιο ή αποστήματα. Όταν υπάρχει ένα απόστημα, επιπλέον με το κοιλιακό άλγος, οι ασθενείς μπορεί να αποκτήσουν συστηματικά συμπτώματα όπως πυρετό και ρίγος. Οι ασθενείς μπορεί επίσης να παρουσιάσουν σημεία οξείας περιτονίτιδας. Σε περιπτώσεις σοβαρής ΝΚ κολίτιδας , μπορεί να υπάρχουν αιματηρά κόπρανα, αλλά κλασικά αυτό συσχετίζεται συχνότερα με την ΕΚ (Cheifetz AS,2013).

### 2.3 Διαφορική διάγνωση ΝΚ

Η διάγνωση της νόσου απαιτεί ιδιαίτερο χειρισμό διότι πολλές καταστάσεις μπορούν να την μιμηθούν. Σχετικά με την κλινική αξιολόγηση και εκτίμηση από τις εργαστηριακές μελέτες συνήθως αποκαλύπτονται αυξημένος ρυθμός καθίζησης, αναιμία και θρομβοκυττάρωση. Υπάρχει υποαλβουμιναιμία σε αρκετές περιπτώσεις παιδιών και κυρίως συνοδεύεται από διαταραχή στην ανάπτυξη τους.

Η διαγνωστική πορεία της νόσου περιλαμβάνει αξιολόγηση ολόκληρης της γαστρεντερικής (GI) οδού με ανώτερη και χαμηλότερη ενδοσκόπηση και διερεύνηση του λεπτού εντέρου με εντερογραφία με μαγνητική τομογραφία (MR), αξονική τομογραφία (CT) ή χρήση ενδοσκοπικής κάψουλας σε μεγαλύτερους ασθενείς, με απαραίτητη την διενέργεια της κλινικής εξέτασης και λήψης βιοψίας πριν από τα παραπάνω. Η εντερογραφία MR χρησιμοποιείται για παροχή πληρέστερης αξιολόγησης ολόκληρης της γαστρεντερικής οδού (Tillack C ect. 2008).



Μερικά πρόσφατα στοιχεία υποδεικνύουν ότι η CT εντερογραφία μπορεί να παρέχει ανώτερη απεικόνιση, αλλά οι διαφορές δεν είναι δραματικές, και η εμπειρία του ακτινολόγου είναι πιθανότατα πιο σημαντική όταν αποφασίζει μεταξύ των δύο μελετών. Η μέθοδος της εντερογραφίας παρέχει το πλεονέκτημα της διασταυρούμενης απεικόνισης ολόκληρου του τοιχώματος του εντέρου, επιτρέποντας ακριβέστερο προσδιορισμό της έκτασης της νόσου και αποκαλύπτοντας εκτενέστερα την μορφολογία του ιστού (Siddiki HA ect. 2009).

Αναφορικά με ειδικά κλινικά σημεία και συμπτώματα το αίμα ή οι πυώδεις εκκρίσεις στα κόπρανα μπορούν να παρατηρηθούν σε έως 50% των ασθενών με νόσο του Crohn, αλλά λιγότερο συχνά από ό,τι σε άτομα με UC (Gisbert, J, Chararro, M, 2018).

Αντίθετα, η χρόνια διάρροια είναι το πιο συνηθισμένο σύμπτωμα στο κλασικό ειλεο-κολικό CD, ακολουθούμενο από κοιλιακό άλγος και απώλεια βάρους συνυφασμένη με απώλεια όρεξης και διατροφική ανεπάρκεια σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία. Σύμφωνα με τα παραπάνω κλινικά χαρακτηριστικά, μια ένθετη, ελεγχόμενη από τους Melmed μελέτη έδειξε ότι οι ασθενείς με UC είτε με μη αιματηρή διάρροια είτε με απώλεια βάρους ως συμπτώματα εμφάνισης έχουν αυξημένη πιθανότητα μεταγενέστερης αλλαγής της διάγνωσης σε CD (100 %) σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν κανέναν από αυτούς τους παράγοντες κινδύνου (16%, P <0,001) και, συνεπώς, θα μπορούσε να δικαιολογήσει περαιτέρω διαγνωστική επεξεργασία από τον θεράποντα ιατρό του παιδιού. Συστηματικά συμπτώματα όπως πυρετός, ταχυκαρδία και απώλεια βάρους εμφανίζονται συχνότερα σε CD, ιδιαίτερα στην περίπτωση σοβαρής υποτροπής ή διαμυϊκής επιπλοκής.

Η νόσος του Crohn παρουσιάζει ομοιότητες με αρκετά νοσήματα με αποτέλεσμα να πραγματοποιείται ενδελεχής έλεγχος ώστε να απομονωθεί ένα προς ένα το σύμπτωμα και να αποκλειστεί κάθε περίπτωση διαδοχικά. Η Ιδιοπαθής υποτροπιάζουσα αφθώδης στοματίτιδα μπορεί να μιμηθεί την νόσο του Crohn καθώς πολύ συχνά παρουσιάζεται σαν αρχικό εξωεντερικό σύμπτωμα σε παιδιά νεότερης ηλικιακής ομάδας. Η επαγόμενη με φάρμακα δερματίτιδα που διακρίνεται στις παρακάτω κατηγορίες (Γραμμική IgA δερματοπάθεια, Πομφιλυγώδης δερματοπάθεια, Steven's Johnson Syndrome, Τοξική επιδερμική νεκρόλυση) πρέπει να εξετάζεται από τον θεράποντα ως μια υποψήφια κατάσταση που μπορεί να μοιάζει με τη νόσο του Crohn. Τα αυτοάνοσα νοσήματα (Νόσος Behcet- Αδαμαντιάδη, Κοιλιοκάκη, ΣΕΛ, Γραμμική IgA δερματοπάθεια, κοκκιωμάτωση Wegener, Ομαλός λειχήνας) παρουσιάζουν κοινά σημεία με αρκετά εμφανιζόμενη την νόσο του Behcet και την κοιλιοκάκη σε παιδιά ηλικίας 9-13 ετών. Η φυματίωση μπορεί να προσβάλλει κάθε τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα αλλά είναι σπάνια μετά το τυφλό.

Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι που βοηθούν στην επιβεβαίωση της κλινικής διάγνωσης της ΙΤΒ, όπως η δοκιμή δέρματος φυματίνης (TST), η χρώση του φυματιδικού οξέος φυματίνης (AFB), η καλλιέργεια MTB και οι δοκιμασίες απελευθέρωσης γάμμα ιντερφερόνης (IGRAs). Δυστυχώς, οι

τρέχουσες μέθοδοι ρουτίνας για τη διάγνωση της φυματίωσης είναι αναποτελεσματικές. Για παράδειγμα, η χρώση AFB δεν είναι πολύ ευαίσθητη και η καλλιέργεια βιοψίας για MTB είναι χρονοβόρα (απαιτεί 4-8 εβδομάδες). Επιπλέον, τα αποτελέσματα της καλλιέργειας βιοψίας είναι συχνά ανακριβή (με ακρίβεια που κυμαίνεται από 25 έως 35%). Ωστόσο η αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR) είναι μια ενδιαφέρουσα και πολλά υποσχόμενη προσέγγιση για τη διαφοροποίηση της ITB από την CD, η οποία είναι επίσης μια γρήγορη αιτιολογική διαγνωστική μέθοδος. Λαμβάνοντας υπόψη τη χαμηλή ευαισθησία, οι γιατροί θα πρέπει επίσης να θεωρούν ότι τα αρνητικά αποτελέσματα δεν μπορούν να αποκλείσουν την ITB και ότι μπορεί να χρειαστούν πρόσθετες διαγνωστικές εξετάσεις.

Η ισχαιμική κολίτιδα είναι αυτή η οποία παρουσιάζει παρόμοια κλινική και ακτινολογική εικόνα με τη νόσο του Crohn και διαφέρει συνήθως στο ιστορικό με την αποβολή αίματος από το ορθό και τις καρδιοπάθειες να είναι πιο συχνά και φυσιολογικά εντοπισμένα ως ευρήματα στη ισχαιμική κολίτιδα.

Αλλεργικές αντιδράσεις σε τροφές ιδιαίτερα σε παιδιά της προσχολικής ηλικίας συχνά μοιάζουν με τη συμπτωματολογία της νόσου του Crohn.

Συχνά, οι ασθενείς έχουν πρώτα διαγνωστεί ότι έχουν CD με βάση την κλινική τους παρουσία, τα ενδοσκοπικά και ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά τους, αλλά στη συνέχεια η διάγνωση άλλαξε σε ISC μετά από αξιολόγηση του χειρουργικού δείγματος μετά την κολεκτομή ή από την μετέπειτα κλινική τους πορεία. Οι κλινικές παρουσιάσεις συχνά επικαλύπτονται μεταξύ CD και ISC. Τα ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά του CD είναι οι χρόνιες φλεγμονώδεις αλλαγές που περιλαμβάνουν αυξημένη διήθηση μονοκυτταρικών κυττάρων, παραμόρφωση κρυπτών και βασική λεμφοπλασματοκυττάρωση, η οποία μπορεί επίσης να παρατηρηθεί σε ιστοπαθολογικά δείγματα ISC. Παρόλο που η παρουσία μη κατακρημνισμένων κοκκιωμάτων είναι ένα από τα διακριτικά χαρακτηριστικά του CD, υπάρχει μόνο στο 30-40% των περιπτώσεων σε βιοψία βλεννογόνου. Άλλα ενδοσκοπικά, ιστοπαθολογικά και ακτινογραφικά διακριτικά χαρακτηριστικά για NK δεν έχουν διερευνηθεί συστηματικά.

Για αιματολογικά νοσήματα όπως η αναιμία, ουδετεροπενία, το υπερηωσινοφιλικό σύνδρομο και τα λεμφώματα εξετάζεται κάθε πιθανότητα νόσησης σε σχέση με τα συμπτώματα που μοιάζουν με την νόσο του Crohn μέχρι να αποκλειστεί. Επιπλέον η Κυκλική ουδετεροπενία, PFAPA, Σύνδρομο Sweet, Οικογενής Μεσογειακός Πυρετός και το HIDs μαζί με τις Διατροφικές διαταραχές (Fe, Φυλλικό, Zn, B1, B2, B6, B12) αποτελούν συνθήκες που μιμούνται την νόσο του Crohn.

## 2.4 Εξωεντερικές εκδηλώσεις της ΝΚ

Συνήθως έπονται της κλινικής εκδήλωσης της νόσου, αν και σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να προηγούνται της εκδήλωσης της νόσου, ενώ σε ορισμένους ασθενείς μπορούν να αποτελέσουν το κυριότερο αίτιο «αναπηρίας». Στο ένα τέταρτο των περιπτώσεων συνυπάρχουν περισσότερες από μία επιπλοκές. Ειδικά στη νόσο του Crohn οι εξωεντερικές εκδηλώσεις είναι συχνότερες στις περιπτώσεις ασθενών με περιεδρική εντόπιση της νόσου.

Οι εξωεντερικές εκδηλώσεις κυρίως αφορούν το ερειστικό σύστημα, με μορφή αρθρίτιδων, το δέρμα, τα μάτια, τους νεφρούς. Οι περισσότερες εξωεντερικές εκδηλώσεις με τη βελτίωση της πάθησης παρουσιάζουν ύφεση, με τη σκληρυντική χολαγγειίτιδα, την κίρρωση και την ιερολαγονίτιδα – σπονδυλίτιδα να μην ανήκουν σε αυτή την κατηγορία.

Μεγάλο ποσοστό των ασθενών εμφανίζουν διαταραχές σχετικά με το αίμα και τα αγγεία. Το 35% των ασθενών εμφανίζουν αναιμία η οποία είναι είτε αναιμία χρόνιας νόσου είτε αναιμία λόγω έλλειψη σίδηρου.

Οι στοματικές εκδηλώσεις είναι από τις συχνότερα εμφανιζόμενες με τις κάθετες αύλακες και τη διογκώση των χειλιών να εμφανίζονται σε παιδιά της προσχολικής ηλικίας.

Άλλες εκδηλώσεις είναι το Σύνδρομο Sweet (ουδετεροφιλική δερμάτωση), η λευκοκυτοκλαστική αγγειίτιδα, η ψωρίαση, η φυσαλιδώδης επιδερμόλυση, η δερματική οζώδης πολυαρτηρίτις και η μεταστατική Ν. Crohn. Η γωνιακή χειλίτις (8%) αποτελεί ένδειξη σιδηροπενίας. Η απολέπιση δέρματος, οι ουλορραγίες και το περιστοματικό ερύθημα και η μονιλίαση εκδηλώνονται συνήθως πιο συχνά στο ανδρικό φύλο. Επίσης η εμφάνιση της τερηδόνας στους ασθενείς αυτούς είναι μείζον πρόβλημα εξαιτίας της δίαιτας πλούσιας σε υδατάνθρακες που ακολουθούν (Marrero F Qadeer et al, 2008).

Σχετικά με τις παθογνωμονικές εκδηλώσεις της νόσου του Crohn περιλαμβάνουν τις ραγάδες, τα αποστήματα και τα συρίγγια της περιπρωκτικής περιοχής, καθώς και τη «μεταστατική» νόσο του Crohn στις περιπτώσεις όπου η δερματική εντόπιση της νόσου διαχωρίζεται σαφώς με την παρεμβολή υγιών ιστών από τυχόν εντερική προσβολή, τη στοματοπροσωπική νόσο Crohn και την κοκκιωματώδη χειλίτιδα.

Η πιο συνήθης εξωεντερική επιπλοκή της προσβολής των αρθρώσεων είναι η οξεία αρθροπάθεια η οποία εμφανίζεται στο 10-15% των ασθενών και γενικώς προσβάλλει δυσανάλογα τις μεγάλες αρθρώσεις ή συμμετρικά πολλές μικρές αρθρώσεις. Η αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα η οποία εμφανίζεται στο 1-3% των ασθενών, η ασυμπτωματική ιερολαγονίτιδα, η πρώτη μορφή εμφανίζεται παράλληλα με την πορεία της νόσου, ενώ η δεύτερη επιμένει και όταν η νόσος είναι σε ύφεση. Η ραγοειδίτιδα και την επισκληρίτιδα η οποία εμφανίζεται 5-15% των ασθενών. Η

συχνότερη εξωεντερική εκδήλωση στη νόσο του Crohn είναι η μεταναστευτικού τύπου αρθρίτιδα. Στη συνέχεια ακολουθούν οι υπόλοιπες μυοσκελετικές διαταραχές με συχνότερα εμφανιζόμενη την περιφερική μη παραμορφωτική αρθρίτιδα που αφορά τις μεγάλες αρθρώσεις και την αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα και ασυμπτωματική ιερολολαγονίτιδα.

Αξίζει να αναφερθεί ότι μία ακόμη εξωεντερική εκδήλωση της N.Crohn είναι η νεφρολιθίαση, η οποία συναντάται σε αντίθεση με τις μυοσκελετικές σε μικρότερο ποσοστό ασθενών με νόσο του Crohn. Οι λίθοι σε αυτούς τους ασθενείς σχηματίζονται κυρίως από ουρικό οξύ είτε από οξαλοξικό ασβέστιο. Η μεγάλη απώλεια υγρών κυρίως στη νόσο του Crohn στο τμήμα του ειλεού του Λεπτού Εντέρου (π.χ. διάρροια, ειλεοστομία) και τα υπερμεταβολικά στάδια σε πολύ επηρεασμένους κλινικά ασθενείς οδηγούν στην αύξηση του ουρικού οξέος. Η πρόληψη τους περιλαμβάνει ενυδάτωση και αλκαλοποίηση των ούρων, ενώ η πρόληψη δημιουργίας λίθων από οξαλοξικό ασβέστιο περιλαμβάνει δίαιτα χαμηλή σε οξαλοξικό και αναπλήρωση ασβεστίου από το στόμα. (1-2 g/d).

Η Νεφρική Αμυλοείδωση είναι συνήθως αποτέλεσμα της χρόνιας φλεγμονής και συναντάται πιο συχνά σε NK με τη μορφή της συστηματικής AA αμυλοείδωσης από εξωκυττάρειες εναποθέσεις τμημάτων κυκλοφορούντων πρωτεϊνών οξείας φάσεως (SAA). Έχει επίσης διαπιστωθεί ότι από τους ασθενείς με νόσο του Crohn και ΠΣΧ η εντερική νόσος αφορά σχεδόν αποκλειστικά το παχύ έντερο. Με βάση τα υπάρχοντα επιδημιολογικά δεδομένα για την ελκώδη κολίτιδα υπολογίζεται ότι η επίπτωση της ΠΣΧ είναι 1 έως 6 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα. Χρονολογικά συνήθως η διάγνωση της ΙΦΠΕ προηγείται της διάγνωσης της ΠΣΧ. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που η διάγνωση της ΠΣΧ προηγείται ή γίνεται ταυτόχρονα με την ΙΦΠΕ. Η λιπώδης διήθηση ήπατος αποτελεί το συχνότερο εύρημα ηπατικών βιοψιών σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα και νόσο Crohn. Η διαταραχή αυτή είναι συνήθως ασυμπτωματική και αναστρέψιμη και συνήθως αντανακλά τη διάρκεια και τη βαρύτητα της ΙΦΝΕ. Οι παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εμφάνισή της είναι η κακή θρέψη, η απώλεια λευκωμάτων, η αναιμία και η χρήση κορτικοστεροειδών. Η θεραπεία συνίσταται στην αντιμετώπιση της ΙΦΝΕ και τη βελτίωση της θρεπτικής κατάστασης του ασθενούς. Η επίπτωση της οξείας παγκρεατίτιδας είναι τετραπλάσια σε ασθενείς με νόσο του Crohn και διπλάσια σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (De Keyser F, Van Damme N et al, 2000).

Σημαντικό ποσοστό εφήβων με NK εμφανίζουν οφθαλμικές εξωεντερικές εκδηλώσεις με επικρατέστερη σε υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης την επισκληρίτιδα (Abbasian et al., 2012).

Η επισκληρίτιδα είναι μια καλοήθης φλεγμονή του επίσκελου, του λεπτού στρώματος ιστού πλούσιου στο αίμα που καλύπτει τον σκληρό χιτώνα. Είναι η πιο κοινή οφθαλμική εκδήλωση και προκαλεί μέτρια δυσφορία, οξεία ερυθρότητα σε ένα ή και στα δύο μάτια, και διάχυτο ή

εντοπισμένο επεισόδιο οιδήματος, ιδιαίτερα που περιβάλλει τα επισκληρικά αγγεία. Εμφανίζεται κατά τη διάρκεια εξάρσεων των ΙΦΝΕ και η θεραπεία συμβαίνει με αποτελεσματική θεραπεία της εντερικής νόσου (Αθανάσιος Σ. Δημητριάδης, 2004).

Ακολουθεί η ραγοειδίτιδα η οποία ορίζεται ως φλεγμονή του ραγοειδούς σωλήνα, το μεσαίο στρώμα του ματιού, το οποίο περιλαμβάνει την ίριδα, το ακτινωτό σώμα και το χοριοειδές. Κατατάσσεται σύμφωνα με την κύρια θέση της φλεγμονής ως πρόσθια, ενδιάμεση, οπίσθια ή πανκολίτιδα. Η ραγοειδίτιδα χαρακτηρίζεται από αγγειακή διαστολή, που οδηγεί σε ένεση επιπεφυκότα, υδατική έκρηξη που σχετίζεται με αυξημένη αγγειακή διαπερατότητα και υδατικά και υαλώδη φλεγμονώδη κύτταρα. (Jabs et al., 2005).

## 2.5 Θεραπεία ΝΚ

Η διαχείριση της ΝΚ αποτελεί μια εξελισσόμενη πρόκληση λόγω της ευρέως ετερογενούς ασθένειας που παρουσιάζεται με το πέρασμα των χρόνων. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις είναι προσαρμοσμένες για να επιτευχθεί επούλωση του βλεννογόνου και βαθιά ύφεση που ορίζεται ως ιστολογική, ενδοσκοπική και συμπτωματική ύφεση. Οι ασθενείς πρέπει επίσης να έχουν αξιολογηθεί ως προς την ανοχή τους στα φάρμακα ώστε να γίνει στοχευμένη η δράση τους. Μόλις οι ασθενείς διαγνωστούν με ΙΦΝΕ, συνήθως παρουσιάζονται σημεία και συμπτώματα ενεργού νόσου, για τα οποία είναι απαραίτητη η «επαγωγική θεραπεία». Σε περίπτωση που επιτευχθεί η ύφεση σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο, οι ασθενείς τίθενται σε «θεραπεία συντήρησης» για να διασφαλιστεί ότι η ύφεση θα διατηρηθεί για το μεγαλύτερο δυνατό χρονικό διάστημα. Οι παράγοντες που καθοδηγούν την επιλογή της θεραπείας περιλαμβάνουν τη θέση της φλεγμονής (άνω γαστρεντερικό σωλήνα, λεπτό έντερο, εγγύ κόλον κ.λπ.), σοβαρότητα της νόσου, εμφάνιση εξωεντερικών εκδηλώσεων, καθώς και τα χαρακτηριστικά του κάθε ασθενούς.

Παραδοσιακά η διαχείριση της ΝΚ περιλαμβάνει τη χρήση μιας προσέγγισης "αναβάθμισης" όπου αρχικά χρησιμοποιούνται λιγότερο επιθετικά φάρμακα πριν χορηγηθούν «ισχυρότερα» και πιο επιθετικά φάρμακα.

Η δεύτερη στρατηγική και πιο πρόσφατη είναι η "από πάνω προς τα κάτω" ή "βήμα προς τα κάτω" όπου οι ασθενείς αντιμετωπίζονται αρχικά επιθετικά μέσω της φαρμακευτικής θεραπείας και στη συνέχεια αφού παρατηρηθούν σημεία ύφεσης, μειώνονται οι δόσεις των φαρμάκων ή διακόπτονται ορισμένα φάρμακα. Η επιλογή της προσέγγισης που ακολουθείται συνήθως σχεδιάζεται βάσει πολλών παραγόντων.

### Φαρμακευτική θεραπεία

Ορισμένα από τα γνωστά φάρμακα που χορηγούνται για τη νόσο του Crohn παρατίθενται παρακάτω. Τα αμινοσαλικυλικά φάρμακά βοηθούν στη μείωση της φλεγμονής και την ανακούφιση των συμπτωμάτων. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν η Σουλφασαλαζίνη (Azulfidine), Μεσαλαμίνη (Asacol), Ολσαλαζίνη (Dipentum), Βαλσαλαζίδη (Colazal) (Giakoumidakis K, Kogoulis D, et al, 2011).

Η αποτελεσματικότητα των προϊόντων 5- ήταν αμφιλεγόμενη στη θεραπεία της ΝΚ. Αυτά τα φάρμακα παρέχουν 5-ASA σε διάφορα μέρη του γαστρεντερικού σωλήνα ανάλογα με το σχηματισμό. Ο ακριβής μηχανισμός δράσης των ενώσεων 5-ASA δεν έχει αποδοθεί με ευκρίνεια. Έχει αποδειχθεί ότι αναστέλλουν τα ένζυμα κυκλοοξυγενάσης και λιποξυγενάσης της μεταβολικής οδού αραχιδονικού οξέος και ως εκ τούτου μειώνουν τον σχηματισμό προφλεγμονωδών προσταγλανδινών και λευκοτριενίων. Περίπου το 20-25% των ασθενών που λαμβάνουν φάρμακα τέτοιου είδους εμφανίζουν και κάποιες παρενέργειες. Οι παρενέργειες αυτών των φαρμάκων περιλαμβάνουν ναυτία, εμετό, καούρα, διάρροια και πονοκέφαλο.

Διακρίνονται επίσης στις ιδιόρρυθμες και στις δοσοεξαρτώμενες παρενέργειες. Οι εξαρτώμενες από τη δόση παρενέργειες περιλαμβάνουν πονοκέφαλο, επιγαστρικό άλγος, ναυτία, έμετο και εξάνθημα, ενώ οι ιδιόρρυθμες αντιδράσεις περιλαμβάνουν ηπατίτιδα, πυρετό, αιμόλυση, απλαστική αναιμία, ακοκκιοκυττάρωση και παγκρεατίτιδα. Σε ορισμένους ασθενείς τα 5-ASA φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν παράδοξη επιδείνωση της κολίτιδας η οποία δικαιολογεί την άμεση διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής από τον θεράποντα ιατρό. Αυτοί οι ασθενείς πιστεύεται ότι έχουν αντίδραση υπερευαισθησίας στα φάρμακα αυτά.

Επόμενη κατηγορία αποτελούν τα κορτικοστεροειδή που έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως στη ΝΚ από τη δεκαετία μόλις του 1950. Ωστόσο, δεν υπάρχουν δεδομένα που να υποστηρίζουν τη χρήση τους στη διατήρηση της ύφεσης ιδιαίτερα δεδομένου του προφίλ των παρενεργειών τους κατά την μακροχρόνια χρήση τους. Επιτίθενται στο ανοσοποιητικό σύστημα από διάφορες κατευθύνσεις συμπεριλαμβανομένης της αναστολής των μορίων πρόσφυσης, προκαλώντας απόπτωση ενεργοποιημένου λεμφοκυττάρου και μειώνοντας την έκφραση των φλεγμονωδών κυτοκινών. Η ανάπτυξη της βουδεσονίδης έχει προσφέρει μια αποτελεσματική και σχετικά ασφαλέστερη επιλογή για τη θεραπεία της ήπιας έως μέτριας ΝΚ.

Η μεθοτρεξάτη είναι ανταγωνιστής φυλλικού οξέος, ο οποίος χρησιμοποιείται από τη δεκαετία του 1950 για τη διαχείριση του ρευματοειδούς αρθρίτιδας και των ΙΦΝΕ. Έχει ισχυρή αντιφλεγμονώδη δράση όταν χρησιμοποιείται εβδομαδιαίως σε χαμηλά επίπεδα δόσεων. Όσον αφορά τις παρενέργειες, είναι συνήθως καλύτερα ανεκτό από τις θειοπουρίνες με αποτέλεσμα να συναντάται συχνότερα.

Οι βιολογικοί παράγοντες ως νεότερα φάρμακα για την θεραπεία των ΙΦΝΕ αποτελούνται από τους αναστολείς του παράγοντα νέκρωσης όγκου (TNF) και περιλαμβάνουν το infliximab, adalimumab, certolizumab pegol και golimumab. Οι αναστολείς του TNF μπορούν να χορηγηθούν ως υποδόριες ενέσεις στους ασθενείς. Οι αναστολείς του TNF είναι πολύ αποτελεσματικοί στην επαγωγή και διατήρηση ύφεσης στο CD. Οι ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με infliximab και αναπτύσσουν αντισώματα κατά της ινφλιξιμάμπης έχουν 2 φορές αυξημένο κίνδυνο άμεσων αντιδράσεων έγχυσης, οι οποίες αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια της έγχυσης ή εντός 1–2 ωρών από την ολοκλήρωση της. Οι πιο συχνές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν κνησμό, έξαψη, δύσπνοια, δυσφορία στο στήθος.

Σχετικά με την λεγόμενη εκτεταμένη νόσο του Crohn λεπτού εντέρου που αναφέρεται σε ασθενείς όπου το βάθος της φλεγμονής περιλαμβάνει περισσότερα από 100 εκατοστά του λεπτού εντέρου τους. Χορηγούνται συστηματικά κορτικοστεροειδή με ταυτόχρονους ανοσοτροποποιητές και κατάλληλη διατροφική υποστήριξη.

Η συνδυαστική θεραπεία με ανοσορρυθμιστές και παράγοντες anti-TNF όπως μελετήθηκε από την εκ των υστέρων ανάλυση SONIC έχει επίσης αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματική στην πρόιμη πορεία της νόσου.

Η μέτρια έως σοβαρή υποτροπιάζουσα ασθένεια δικαιολογεί την έναρξη αντι-TNF μέσο. Η ινφλιξιμάμπη έχει αποδειχθεί ότι είναι πιο αποτελεσματική από την αζαθειοπρίνη σε ασθενείς που λαμβάνουν βιολογικά και ανοσοτροποποιητικά φάρμακα. Η ταυτόχρονη θεραπεία με infliximab και αζαθειοπρίνη είναι επίσης πιο αποτελεσματική από μόνη της. Το Vedolizumab μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως το επόμενο βήμα στη θεραπεία μέτριας έως σοβαρής υποτροπής της νόσου σε ασθενείς που έχουν ανεπαρκή ανταπόκριση στον αντί-TNF παράγοντα και στους ανοσοτροποποιητές.

Σε περίπτωση που ασθενείς με ενεργή νόσο του Crohn είναι ανθεκτικοί στα στεροειδή, θα πρέπει να επιδιωχθεί η εκτίμηση του υποκείμενου λόγου για τα επίμονα συμπτώματα (όπως η λοίμωξη, υπερευαισθησία στα φάρμακα που χρησιμοποιούνται, κλπ). Μετά από αυτό, η θεραπεία μπορεί να γίνει με ανοσοδιαμορφωτές, παράγοντες anti-TNF ή βεντολιζουμάμπη ανάλογα με την έκταση της ασθένειας και την προηγούμενη ανταπόκριση ασθένειας.

### **Χειρουργική θεραπεία**

Σε περιπτώσεις που δεν βελτιώνονται τα συμπτώματα με την θεραπευτική φαρμακευτική αγωγή μπορεί να χρειαστεί χειρουργική επέμβαση καθώς επίσης και σε περίπτωση εμφάνισης εντερικής απόφραξης, συριγγίου και σχηματισμού αποστήματος.

Κατά την χειρουργική επέμβαση επιχειρείται διάνοιξη του τμήματος του εντέρου που έχει φράξει ή αφαιρείται το κατεστραμμένο τμήμα του εντέρου ανάλογα με τη μορφή και εντόπιση της φλεγμονής.

Οι πιο συχνές επεμβάσεις είναι η μερική κολεκτομή και προσωρινή στομία είτε είναι ειλεοστομία είτε κολοστομία . Αξίζει να σημειωθεί ότι η χειρουργική επέμβαση δεν θεραπεύει αλλά μπορεί να βοηθήσει στην επίτευξη της ύφεσης σε υψηλό ποσοστό . Περίπου το 70% των ατόμων με νόσο του Crohn θα χρειαστεί χειρουργική επέμβαση σε κάποιο σημείο στη ζωή τους. Απαιτείται ψυχοκοινωνική προσέγγιση του παιδιατρικού ασθενή και κατανόηση της ταυτότητάς του ως μέρος της ολιστικής φροντίδας. Η δημιουργία εξατομικευμένων πρωτοκόλλων φροντίδας βάσει της ταυτότητας του ασθενή συμπεριλαμβανομένης και της πνευματικής φροντίδας θα συμβάλει στην αποτελεσματικότερη ικανοποίηση των αναγκών αυτών των ασθενών και στη συμβουλευτική τους υποστήριξη. Ο στόχος της θεραπευτικής αγωγής της νόσου του Crohn είναι η μείωση της φλεγμονής στο έντερο και η θεραπεία είναι φαρμακευτική, διατροφική και χειρουργική .



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (ΣΕΕ)

#### 3.1 Ορισμός ΣΕΕ

Το ΣΕΕ γενικά παρουσιάζεται ως μια λειτουργική διαταραχή του γαστρεντερικού συστήματος, που έχει σχέση με τον κοιλιακό πόνο και τις μεταβολές στη δραστηριότητα του εντέρου. Απουσιάζουν όμως, οι οποιοσδήποτε παθολογικές μεταβολές. Αυτές, τις εμφανίζει η Φλεγμονώδης Νόσος του Εντέρου (ΦΝΕ), η οποία παρουσιάζει αυξημένη πρωτεΐνη συγκεκριμένων φαγοκυττάρων στα κόπρανα, με αποτέλεσμα τη δημιουργία φλεγμονής. Το ΣΕΕ αντίθετα δεν προκαλεί φλεγμονή, όπως έχει εκτιμηθεί από τις διαφορικές εξετάσεις αίματος και από τους δείκτες κοπράνων και δεν ευθύνεται για την εμφάνιση έλκους ή άλλων οργανικών βλαβών στο γαστρεντερικό σύστημα (Grundmann and Yoon, 2010).

Επιπλέον, το ΣΕΕ διακρίνεται από πλήθος άλλων διαταραχών του γαστρεντερικού συστήματος, εξαιτίας της απουσίας οργανικών παθοφυσιολογικών αλλαγών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα κάποια στελέχη της *Escherichia Coli* να παρουσιάζονται με υψηλή γενετική προδιάθεση και την κοιλιοκάκη να προκαλεί τον αυτό-φλεγμονώδη εκφυλισμό των λεπτών εντέρων (Grundmann and Yoon, 2010).

Επιπρόσθετα, αφού αξιολογηθεί ο ασθενής με ΣΕΕ, πρέπει να γίνει καταγραφή όλων των φαρμάκων που καταναλώνει. Η αλόγιστη χρήση τους και κάποια από τα συνταγογραφούμενα φάρμακα που παίρνει ο ασθενής, μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα στην κοιλία, όπως είναι οι μεταβολές στη συνήθεια του έντερου και ο πόνος.

Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια Rome III για τις λειτουργικές γαστρεντερικές διαταραχές, ένα σύστημα που αναπτύχθηκε από μια διεθνή ομάδα ειδικών στο γαστρεντερικό (GI), το ΣΕΕ μπορεί να διαγνωστεί έξι μήνες μετά την εμφάνιση των συμπτωμάτων σε ασθενείς που, τουλάχιστον τρεις ημέρες το μήνα τις τελευταίες τρεις μήνες, έχουν υποστεί επαναλαμβανόμενο κοιλιακό άλγος ή δυσφορία και τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα: βελτίωση του πόνου με την αφόδευση αλλαγή στη συχνότητα των κοπράνων κατά την έναρξη.

Τα κριτήρια Rome III κατατάσσουν το ΣΕΕ σε τέσσερις υποτύπους που χαρακτηρίζονται από κυρίαρχα σχετιζόμενα πρότυπα κοπράνων: ΣΕΕ με δυσκοιλιότητα (IBS-C), ΣΕΕ με διάρροια (IBS-D), ΣΕΕ μικτή (IBS-M) και ΣΕΕ χωρίς τύπο (IBS-U). Μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση υποδηλώνει ότι ο επιπολασμός των υποτύπων μπορεί να ποικίλλει μεταξύ των δύο φύλων, με το ΣΕΕ-C πιο συχνό στις γυναίκες, το ΣΕΕ-D πιο συχνό στους άνδρες και το ΣΕΕ-M εξίσου κοινό και

στα δύο. Στο ΣΕΕ με δυσκοιλιότητα (ΣΕΕ-C) Τουλάχιστον το 25% των κοπράνων είναι σκληρά ή ογκώδη και λιγότερο από το 25% είναι χαλαρά (βρώμικα) ή υδαρή. Στο ΣΕΕ με διάρροια (ΣΕΕ-D) τουλάχιστον το 25% των κοπράνων είναι χαλαρά (βρώμικα) ή υδαρή και λιγότερο από 25% είναι σκληρά. Στο Μικτό ΣΕΕ (ΣΕΕ-M) το 25% των κοπράνων είναι σκληρά ή σβώλια και τουλάχιστον 25% είναι χαλαρά (βρώμικα) ή υδαρή. Στο ΣΕΕ μη υποτυπώδες (ΣΕΕ-U) υπάρχει μεταβολή στη μικροχλωρίδα του εντέρου και η βακτηριακή υπερανάπτυξη στο λεπτό έντερο. Μια συστηματική ανασκόπηση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η κοιλιοκάκη ήταν τέσσερις φορές πιο διαδεδομένη σε άτομα που πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια για ΣΕΕ σε σχέση με τα άτομα ελέγχου. Επιπλέον, τα άτομα με ΣΕΕ αναφέρουν συχνά οικογενειακό ιστορικό ΣΕΕ και οι συγγενείς τους είναι δύο έως τρεις φορές πιο πιθανό να έχουν ΣΕΕ από τους συγγενείς εκείνοι χωρίς ΣΕΕ. Παραμένει ωστόσο ασαφές ποια γονίδια ή κοινοί περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορεί να εμπλέκονται.

### 3.2 Κλινική εικόνα ΣΕΕ

Γενικά το Σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου είναι μια εξαντλητική και χρόνια διαταραχή του γαστρεντερικού συστήματος. Η εικόνα που παρουσιάζει είναι ο κοιλιακός πόνος με φούσκωμα, διαταραχή της κινητικότητας του γαστρεντερικού συστήματος, υπερευαισθησία, ανοσοποιητική ενεργοποίηση, αλλαγές στην μικροχλωρίδα του εντέρου και του βλεννογόνου του εντέρου, μετεωρισμός της κοιλιάς, αίσθημα ατελούς κένωσης του εντέρου, δυσκοιλιότητα συχνά εναλλασσόμενη με φυσιολογικά ή χαλαρά κόπρανα και εκρηκτικές ή βλεννώδεις κενώσεις.

Επιπλέον μαζί με τα συμπτώματα αυτά έχουν αναφερθεί και ψυχιατρικές διαταραχές όπως διαταραχές της διάθεσης (27-29%), αγχώδεις διαταραχές (17-46%) και η σχιζοφρένεια (19%).

Το χαρακτηριστικό γνώρισμα του IBS (ΣΕΕ) είναι ο κοιλιακός πόνος ή η ενόχληση που σχετίζεται είτε με μια αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου είτε με μια διαταραγμένη αφαίμαξη.

Ο πόνος ή η ενόχληση που σχετίζεται με το IBS (ΣΕΕ) είναι συχνά κακώς εντοπισμένος και μπορεί να είναι μεταναστευτικός και μεταβλητός. Μπορεί να συμβεί μετά από γεύμα, κατά τη διάρκεια του στρες ή κατά τη διάρκεια της εμμηνόρροιας.

Εκτός από τον πόνο και την ενόχληση, οι συνήθειες του εντέρου είναι συχνές, συμπεριλαμβανομένης της διάρροιας, της δυσκοιλιότητας και της διάρροιας που εναλλάσσονται με τη δυσκοιλιότητα. Τα συμπτώματα διαχωρίζονται σε 4 κατηγορίες ανάλογα με την κυρίαρχη συμπτωματολογία. Το ΣΕΕ με δυσκοιλιότητα (IBS –C), το ΣΕΕ με διάρροια (IBS – D), το ΣΕΕ που είναι διάρροια-δυσκοιλιότητα (IBS–M) και το ΣΕΕ με κανένα από τα 16 παραπάνω συμπτώματα. Τα συμπτώματα αρχίζουν 6 μήνες πριν τη διάγνωση του ΣΕΕ και γίνονται αισθητά τους τελευταίους 3 μήνες. (Raskov et al., 2016), (Adriani et al., 2018).

Τέλος, ο κοιλιακός πόνος διαρκεί τουλάχιστον 4 ημέρες το μήνα που σχετίζεται με την αφόδευση και την αλλαγή στη συχνότητα των κοπράνων. Σε παιδιά με δυσκοιλιότητα, ο πόνος δεν υποχωρεί με την επίλυση της δυσκοιλιότητας (τα παιδιά στα οποία ο πόνος υποχωρεί έχουν λειτουργική δυσκοιλιότητα, όχι σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου).

### 3.3 Διαφορική Διάγνωση ΣΕΕ

Το ΣΕΕ γενικά παρουσιάζεται ως μια λειτουργική διαταραχή του γαστρεντερικού συστήματος, που έχει σχέση με τον κοιλιακό πόνο και τις μεταβολές στη δραστηριότητα του εντέρου. Απουσιάζουν όμως, οι οποιεσδήποτε παθολογικές μεταβολές. Αυτές, τις εμφανίζουν οι Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου (ΙΦΝΕ), όπου παρουσιάζεται αυξημένη πρωτεΐνη συγκεκριμένων φαγοκυττάρων στα κόπρανα, με αποτέλεσμα τη δημιουργία φλεγμονής.

Οι εξετάσεις που μπορεί να διεξαχθούν σε αυτό το στάδιο περιλαμβάνουν πλήρη αιμοληψία (επειδή η αναιμία ή ο αυξημένος αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων πρέπει να δικαιολογήσουν περαιτέρω διερεύνηση) και C-αντιδρώσα πρωτεΐνη και καλπροτεκτίνη κοπράνων σε άτομα με διάρροια για να αποκλειστεί η πιθανότητα παρουσίας ΙΦΝΕ (Lacy BE ect. 2016).

Οι συνήθεις εξετάσεις θυρεοειδούς δεν ενδείκνυνται σε όλους τους ασθενείς, αλλά μπορούν να διεξαχθούν εάν η υποψία της διαταραχής του θυρεοειδούς είναι υψηλή. Οι διαγνωστικοί έλεγχοι για την κοιλιοκάκη μπορεί να δικαιολογούνται σε ασθενείς από περιοχές με υψηλό επιπολασμό της νόσου. Μια κολονοσκόπηση ενδείκνυται για όλους τους ασθενείς που πληρούν τα κριτήρια εμφάνισης της νόσου, με βιοψίες να υποδεικνύονται για ασθενείς με διάρροια ή μικτές συνήθειες του εντέρου (Lacy BE ect. 2016).

Η διερεύνηση των ατομικών παθήσεων των ασθενειών είναι ένα σημαντικό σημείο εκκίνησης για ιατρική παρέμβαση στο ΣΕΕ. Ένα λεπτομερές ιστορικό ασθενών μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να εκτιμηθεί ο αντίκτυπος των συμπτωμάτων στην καθημερινή ζωή, να διερευνηθεί το ιστορικό του ασθενούς ως προς το τι θέλουν να επιτευχθούν με τη θεραπεία και να εντοπιστούν τυχόν παράγοντες κατακρήμνισης που μπορεί να σχετίζονται με τα συμπτώματα (Lacy BE ect. 2016, Quigley EM ect. 2016).

Αυτές οι αξιολογήσεις θα πρέπει να επικεντρώνονται στην κατανόηση των διατροφικών συνηθειών του ασθενούς και στον καθορισμό του εάν οι ασθενείς καταναλώνουν τρόφιμα ή ποτά που μπορούν να μμηθούν ή να επιδεινώσουν τα συμπτώματα του ΣΕΕ. Το ΣΕΕ αντίθετα δεν προκαλεί φλεγμονή, όπως έχει εκτιμηθεί από τις διαφορικές εξετάσεις αίματος και από τους δείκτες κοπράνων και δεν ευθύνεται για την εμφάνιση έλκους ή άλλων οργανικών βλαβών στο γαστρεντερικό σύστημα (Grundmann and Yoon, 2010).

Πιθανές διαφορικές διαγνώσεις στο ΣΕΕ είναι οι εξής:

#### Γαστρεντερικό σύστημα

- Η νόσος του Crohn
- Ελκώδης κολίτιδα
- Μικροσκοπική κολίτιδα
- Καρκίνος του παχέους εντέρου
- Κοιλιοκάκη
- Λειτουργική δυσκοιλιότητα/ διάρροια
- Λειτουργική δυσπεψία

#### Μολυσματικές ασθένειες

- Παράσιτα
- Ιογενής γαστρεντερίτιδα

#### Τοξικότητα φαρμάκων

- Αντιβιοτικά
- Παράγοντες της χημειοθεραπείας
- Αναστολείς της αντλίας πρωτονίων
- Αναστολείς ACE\*\* ΜΣΑΦ

#### Ενδοκρινικό/Μεταβολικό σύστημα

- Διαταραχή του θυρεοειδούς
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Υπερασβεστιαμία

### 3.4 Εξωεντερικές εκδηλώσεις ΣΕΕ

Η συνύπαρξη ψυχιατρικής συμπτωματολογίας σε ασθενείς με ευερέθιστο έντερο έχει εντοπιστεί σε ποσοστό που κυμαίνεται από 54% ως 100% και αφορά κυρίως σε κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές.

Η σύγκριση ασθενών με ευερέθιστο έντερο και ασθενών με φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου, με χρήση δομημένης ψυχιατρικής συνέντευξης, έδειξε ότι 93% των ασθενών με ευερέθιστο έντερο είχαν στη διάρκεια της ζωής τους ψυχική διαταραχή, ιδιαίτερα κατάθλιψη, διαταραχή σωματοποίησης, αγχώδη διαταραχή, κυρίως διαταραχή πανικού και φοβική διαταραχή. Αντίθετα μόνο το 21% των ασθενών με φλεγμονώδεις παθήσεις (νόσος του Crohn και ελκώδης κολίτιδα) παρουσίασαν την ίδια εικόνα.

Ψυχιατρικά συμπτώματα που προηγήθηκαν των γαστρεντερικών σε ασθενείς με ευερέθιστο έντερο είναι η Διαταραχή πανικού ,το Γενικευμένο άγχος ,η Φοβική διαταραχή ,η Μείζων κατάθλιψη η Διαταραχή πανικού και άλλη αγχώδης διαταραχή. Οτιδήποτε από τα παραπάνω 32% 61% 54% 36% 64% 82% αν και έχει παρατηρηθεί υψηλή θεραπευτική απάντηση στο εικονικό φάρμακο (placebo), τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα αποδείχθηκαν σε πολλούς ασθενείς αποτελεσματικά στα σωματικά συμπτώματα και στον πόνο. Τα αγχολυτικά φάρμακα αποδείχθηκαν λιγότερο αποτελεσματικά, ενώ το αγχολυτικό αλπραζολάμη αποδείχθηκε αποτελεσματικό σε ασθενείς με ευερέθιστο έντερο με συνοδό συμπτώματα διαταραχής πανικού . Σύμφωνα με τα παραπάνω και τη συσσωρευμένη από πολλές μελέτες γνώση η κατάθλιψη είναι η περισσότερο συχνή στο ΣΕΕ(Moayyedi, P. et al. 2017) .

### 3.5 Θεραπεία ΣΕ

#### Συντηρητική Θεραπεία

Οι παθοφυσιολογικές θεωρίες για το ΣΕΕ, βασίζονται σε ανωμαλίες τόσο του εγκεφάλου όσο και του εντέρου. Έτσι, δημιουργείται ένα νέο στάδιο για καινούριες θεραπευτικές προσεγγίσεις στο ΣΕΕ. Οι θεραπευτικές επιλογές που υπάρχουν για την πάθηση αυτή, δρουν στον εγκέφαλο περιφερικά και κεντρικά, επηρεάζοντας την κινητικότητα και την σπλαχνική ευαισθησία του εντέρου. Χαρακτηριστικά, η θεραπευτική δράση των φαρμάκων, διακρίνεται στα φάρμακα που δρουν με κεντρική, περιφερική αλλά και με τις δυο δράσεις στον άξονα εγκεφάλου-εντέρου (Gaman, Bucur and Kuo, 2009).

#### Η Φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει :

1. Αντικαταθλιπτικά φάρμακα (αμιτριπτυλίνη, σιταλοπράμη)
2. Παράγοντες καταστολής οξέων (φαμοτιδίνη, ομεπραζόλη)

3. Αντισπασμωδικά (λάδι μέντας, μεβαβαρίνη, ντοταβαρίνη)
4. Αντιισταμινικά (κυπροεπταδίνη)
5. Αντιβιοτικά (ριφαξιμίνη)
6. Αντιεμετικά (δομπεριδόνη)

Φάρμακα με κεντρική δράση στον άξονα εγκεφάλου-εντέρου είναι:

Οι αναστολείς επαναπρόσληψης συστήματος σεροτονίνης (SSRIs), οι οποίοι είναι υπαίτιοι για την ενίσχυση της επίδρασης της σεροτονίνης μέσα στον εγκέφαλο και η θεραπεία της χρησιμοποιείται κυρίως για τη θεραπεία των διαταραχών διάθεσης του άγχους και μιας ποικιλίας σωματοπαθειών όπως η λειτουργική δυσπεψία (Gaman, Bucur and Kuo, 2009).

Ο μηχανισμός της δράσης των αναστολών επαναπρόσληψης συστήματος σεροτονίνης (SSRI) βοηθά στη βελτίωση των συμπτωμάτων του ΣΕΕ και θα μπορούσαν να είναι πολύ αποτελεσματικός σε επιλεγμένους πληθυσμούς που πάσχουν από ΣΕΕ, όπως είναι για τη θεραπεία του ΣΕΕ στη δυσκοιλότητα (Gaman, Bucur and Kuo, 2009). Η χολοκυστοκίνη (CCK) εκκρίνει μια ποικιλία θρεπτικών συστατικών που συγκεκριμένα σχετίζονται με την αναστολή της γαστρικής κένωσης (Park et al., 2010). Οι δράσεις της χολοκυστοκίνης γίνονται με ενδοφλέβια χορήγηση στο γαστρεντερικό σύστημα και έχει ως αποτέλεσμα να αυξήσει τις συστολές του πλάτους του παχέος εντέρου και του δείκτη κινητικότητας σε ασθενείς με ΣΕΕ (Gaman, Bucur and Kuo, 2009).

Τα φυτικά προϊόντα κάποια από τα οποία μειώνουν την περίσσια του εκκρινόμενου υγρού εσωτερικά του εντέρου, παρεμποδίζοντας έτσι τη μεταφορά ιόντων χλωρίου της εντερικής μεμβράνης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να υποβοηθά σε ασθενείς με ΣΕΕ, σε συμπτώματα όπως είναι της διάρροιας (Gaman, Bucur and Kuo, 2009).

Η Λινακλοτίδη (Linaclotide) είναι ένα πεπτίδιο 14 αμινοξέων. Η ενεργοποίησή της διεγείρει την παραγωγή ενός υποδοχέα στον εγκέφαλο, που αυξάνει τη ροή των ηλεκτρολυτών και του νερού μέσα στον αυλό του γαστρεντερικού σωλήνα (Lacy, Weiser and Lee, 2009). Αυτή η ενέργεια συντελεί, δημιουργώντας μια σημαντική μεταβολή στη σταθερότητα των κοπράνων. Το φάρμακο αυτό φαίνεται να είναι ασφαλές, ακόμα και σε υψηλή δοσολογία (Gaman, Bucur and Kuo, 2009)

Τα φάρμακα που έχουν δράση στο κεντρικό και περιφερικό άξονα εγκεφάλου-εντέρου είναι (Gaman, Bucur and Kuo, 2009):

Οι ανταγωνιστές υποδοχέα νευροκινίνης, οι διαμορφωτές του υποδοχέα της σεροτονίνης, οι 5-HT<sub>3</sub> διαμορφωτές, οι 5-HT<sub>4</sub> διαμορφωτές, τα φάρμακα με δράση απιοειδών, οι ανταγωνιστές της ορμόνης που απελευθερώνουν κορτικοτροπίνη και η αναλογία της σωματόστασης. Όλα τα

παραπάνω αποτελούν κάποιες από τις φαρμακευτικές θεραπείες που έγιναν από μελέτες για να βελτιώσουν τα συμπτώματα των ασθενών με ΣΕΕ.

✓ Αντιεμετικά :

Η γαστροπροκινητική (δομπεριδόνη) είναι ανταγωνιστής της ντοπαμίνης, δοκιμάζεται αρκετά χρόνια σε κλινικές μελέτες σε παιδιά με ιστορικό ΣΕΕ και φαίνεται να δρά ανακουφιστικά στα συμπτώματα της νόσου.

Η κλινική αποτελεσματικότητα της δομπεριδόνης σε παιδιά με ΣΕΕ έχει δοκιμαστεί την τελευταία δεκαετία και έχει σημειώσει σημαντική πρόοδο από τα παλαιότερα φάρμακα. Σε αυτή τη μελέτη σημειώθηκαν σημαντικά ποσοστά ίασης, βελτίωση της συνολικής κλινικής κατάστασης και μείωση της έντασης του πόνου στην ομάδα παρέμβασης. Η ανάλυση της υποομάδας επεσήμανε ότι τα παιδιά με ΣΕΕ ανταποκρίνονται καλύτερα από ότι τα παιδιά με νόσο του Crohn. Ωστόσο, η κλινική βελτίωση δεν είχε καμία σχέση με τη βελτίωση της γαστρικής κινητικότητας. Παρόλο που υπήρχαν ανησυχίες σχετικά με τις καρδιακές αρρυθμίες, δεν αναφέρθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Snook JA, de silva HJ, et al. 1989).

✓ Αντικαταθλιπτικά:

Ο άξονας του μικροβίου του εντέρου του εγκεφάλου έχει εμπλακεί στην παθογένεση των Συνδρόμων παρόμοιων με του Ευερέθιστου Εντέρου . Είναι επίσης πολύ γνωστό ότι διάφορα κέντρα και δίκτυα στον εγκέφαλο όπως το εμφανές δίκτυο, το κεντρικό εκτελεστικό δίκτυο και το αισθητήριο κινητικό δίκτυο έχουν συνδυασμένη έξοδο μέσω του αυτόνομου δικτύου και του άξονα HPA, αλλάζοντας την κινητικότητα, τις εκκρίσεις και τη μικροβιακή στο IBS( Whorwell, P. J., Altringer, L., Morel, et al, 2006).

Διαμόρφωση αυτών των μηχανισμών για την ανακούφιση των συμπτωμάτων, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης έχουν χρησιμοποιηθεί σε κλινικές δοκιμές.

Ωστόσο, σε μια καλά σχεδιασμένη δοκιμή, η αμιτριπτυλίνη δεν ήταν ανώτερη από το εικονικό φάρμακο στην ανακούφιση των συμπτωμάτων στα παιδιά (Moloney, R. D. et al. 2016).

Μια άλλη μελέτη με μικρότερη μεθοδολογική αυστηρότητα βρήκε σημαντική βελτίωση στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία στην ομάδα θεραπείας (MO'alley, D. (2016). Αν και υπάρχει μια θεωρητική πιθανότητα καρδιακών αρρυθμιών, και οι δύο μελέτες δεν σημείωσαν ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με τη θεραπεία. Ομοίως, ο αναστολέας επαναπρόσληψης σεροτονίνης σιταλοπράμη δεν έχει δείξει κανένα θεραπευτικό όφελος . Αυτά τα ευρήματα είναι εκπληκτικά καθώς μελέτες μεταξύ ενηλίκων ασθενών με IBS έδειξαν ένα σαφές όφελος από τη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

## ✓ Αντιβιοτικά

Η ριφαξιμίνη είναι ένα φάρμακο το οποίο χρησιμοποιείται αρκετά τα τελευταία χρόνια και αποτελεί ενδιαφέρον αντιβιοτικό για κλινική έρευνα. Ένα ημισυνθετικό αντιμικροβιακό παράγωγο της ριφαμυκίνης που απορροφάται ελάχιστα. Το σκεύασμα ριφαξιμίνης περιέχει έναν επιπλέον δακτύλιο πυριδο-ιμιδαζόλης για τη μείωση της συστηματικής απορρόφησης που είναι μικρότερη από 1% μετά τη χορήγηση από το στόμα. Η ριφαξιμίνη προκαλεί τις αντιμικροβιακές της ιδιότητες συνδέοντας τη βήτα-υπομονάδα της βακτηριακής εξαρτώμενης από DNA DNA πολυμεράσης και αναστέλλοντας έτσι τη σύνθεση του βακτηριακού RNA *syn283*. Έχει εγκριθεί για τη θεραπεία του IBS-D σε ενήλικες (O'Malley, D. 2016).

Δύο κλινικές δοκιμές έχουν αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα της ριφαξιμίνης σε παιδιά με FAPDs (Raskov, H. et al. 2016). Και οι δύο μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει παιδιά με όλα τα FAPD και όχι μόνο IBS. Είναι εκπληκτικό να παρατηρείται αυτή η τάση και στις δύο δοκιμές καθώς το φάρμακο συνιστάται μόνο στο IBS-D σε ενήλικες. Μία από τις γνωστές δοκιμές σε ενήλικες για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας είναι η δοκιμή TARGET, η οποία έχει δείξει την αποτελεσματικότητα της ριφαξιμίνης σε ασθενείς που δεν έχουν μικροβιακή βακτηριακή υπερανάπτυξη (Moloney, R. D. et al. 2016). Και οι δύο παιδιατρικές δοκιμές χρησιμοποίησαν τεστ αναπνοής λακτουλόζης για να συμπεριλάβουν παιδιά σε αυτές τις μελέτες. Παρόλο που είναι γνωστό ότι η βακτηριακή υπερανάπτυξη του λεπτού εντέρου (SIBO) προκαλεί συμπτώματα παρόμοια με το IBS, δεν είναι γνωστό ότι σχετίζεται με FD ή FAP. Σημειώθηκε στη διπλή τυφλή ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο δοκιμή ότι 2 εβδομάδες ριφαξιμίνης δεν ήταν αποτελεσματικές στον έλεγχο του κοιλιακού πόνου στα παιδιά. (Pimentel, M., Lembo, A., Chey, et al 2011).

Αξίζει να σημειωθεί ότι το 42% των παιδιών με θετικό τεστ αναπνοής λακτουλόζης (LBT) είχαν FD ή IBS όπου το SIBO δεν είχε εμπλακεί στην παθοφυσιολογία. (Pimentel, M., Chow, E. J., & Lin, H. C. 2003).

Η άλλη δοκιμή είναι μια δοκιμή ανοιχτής ετικέτας που περιλαμβάνει 50 παιδιά με FAPD (15% FD, 30% FAP και 55% IBS). Όλα υποβλήθηκαν σε LBT και τα παιδιά με θετικό LBT έλαβαν θεραπεία με ριφαξιμίνη για 7 ημέρες και άλλα παρέμειναν χωρίς θεραπεία. Το LBT έγινε φυσιολογικό στο 64% και είχαν σημαντική βελτίωση του κοιλιακού πόνου, του φουσκώματος και του μετεωρισμού. Τα παιδιά που είχαν ανώμαλη LBT μετά τη θεραπεία δεν έδειξαν βελτίωση των συμπτωμάτων. Δεν υπήρξε ανάλυση υποομάδας όσον αφορά το IBS και στις δύο δοκιμές.



### Συντηρητική θεραπεία

- Ψυχολογικές παρεμβάσεις
- Καθοδηγούμενες εικόνες
- Εντερική κατευθυνόμενη υπνοθεραπεία
- Γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία
- Θεραπεία γιόγκα
- Ελεύθερη άσκηση
- Νευροδιαμόρφωση
- Ατομική ψυχοθεραπεία
- Επισκέπτες κλινικοί ψυχολόγοι στα σχολεία (ομαδική ψυχοθεραπεία)

### Γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (CBT):

Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (CBT) ανήκει στην συντηρητική αντιμετώπιση και είναι μια μη φαρμακολογική προσέγγιση για τη διαχείριση των συμπτωμάτων της μέτριας έως σοβαρής IBS σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες. Στη διάρκεια 1 ώρας ανά εβδομαδιαίες συνεδρίες (έως 10 εβδομάδες), οι ασθενείς είναι εκπαιδευμένοι να αναγνωρίζουν σκέψεις, γεγονότα ή συμπεριφορές που πυροδοτούν ή ενισχύουν το έντερο τους καθώς και ψυχολογικά διλήμματα που τους βάζουν σε άσχημες σκέψεις.

Η CBT στοχεύει στη βελτίωση της ψυχικής υγείας και των στρατηγικών αντιμετώπισης του παιδιού, συγκεκριμένα στο να τους βοηθήσει να κατανοήσουν την εμφάνιση και την πρόοδο του κοιλιακού πόνου τους. Στη συνέχεια, προσφέρει στο παιδί μια στρατηγική για να το διαχειριστεί, μαζί με τη διαχείριση του άγχους και τις τεχνικές συμπεριφοράς.

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι ποικίλες, συμπεριλαμβανομένης της διδασκαλίας στρατηγικών αντιμετώπισης και απόσπασης της προσοχής, διδασκαλίας τεχνικών χαλάρωσης, αναγνώρισης και αλλαγής αρνητικών σκέψεων που σχετίζονται με τον πόνο και τροποποίησης των αποκρίσεων της οικογένειας στη συμπεριφορά της ασθένειας.

Η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία έχει συνδυαστεί με εκπαίδευση, εκπαίδευση χαλάρωσης και διαχείριση διατροφής και ονομάζεται ολοκληρωμένη αυτοδιαχείριση στη προσέγγιση του συνδρόμου. Άλλες παρεμβάσεις συντηρητικού τύπου είναι οι καθοδηγούμενες εικόνες, η εντερική κατευθυνόμενη υπνοθεραπεία, η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία και η Θεραπεία γιόγκα (Whitehead, W. E., Levy, et al 2004).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΙΣ ΙΦΝΕ

#### 4.1 Γενετικοί παράγοντες και ανοσολογικοί

Φυσιολογικά το έντερο λόγω του συνεχή αντιγονικού ερεθισμού από διάφορες ουσίες που προέρχονται τόσο από την μικροβιακή χλωρίδα του ξενιστή όσο και από τις άλλες εξωτερικές πηγές που διαπερνούν τον επιθηλιακό φραγμό από τον εντερικό αυλό. Προκειμένου να εξασφαλιστεί η ομοιοστατική ισορροπία κάποια κύτταρα μειώνουν την ανοσολογική αυτή απάντηση και άλλα την επάγουν.

Στις ΙΦΝΕ αυτή η ανοσολογική αρχή διαταράσσεται με αποτέλεσμα την αυξημένη ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος. Τόσο στη νόσο του Crohn όσο και στη Ελκώδη κολίτιδα υπάρχει μια υπέρμετρη και εμμένουσα ανοσολογική απάντηση από διαφορετικά T-λεμφοκύτταρα για την κάθε περίπτωση. Εκτός από την υπέρμετρη ανοσολογική απάντηση μετά την έκθεση σε άγνωστο αντιγονικό ερεθισμό, ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλούν και τα γονίδια που συμμετέχουν στην αιτιοπαθογένεια και η σχέση μεταξύ γονοτυπικής και φαινοτυπικής έκφρασης της νόσου. (Park, S.-Y. et al. 2010).

Επιστημονικά δεδομένα που υποστηρίζουν τη γενετική προδιάθεση της ΙΦΝΕ είναι τα ακόλουθα:

1. Οι πρώτου βαθμού συγγενείς των ασθενών παρουσιάζουν 20-50 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν νόσο Crohn σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, και 10-20 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για την ανάπτυξη της ελκώδους κολίτιδος.
2. Μελέτες σε δίδυμους δείχνουν ότι ο ρυθμός εμφάνισης της νόσου Crohn είναι 20-44% σε μονοζυγωτικούς διδύμους και 3,8-6,5% σε διζυγωτικούς. Η συχνότητα εμφάνισης της ελκώδους κολίτιδος σε μονοζυγωτικούς είναι 6-16% ενώ στους διζυγωτικούς 3%.
3. Υπάρχουν σημαντικές διαφορές στη συχνότητα εμφάνισης της νόσου μεταξύ των διαφόρων εθνοτήτων. Για παράδειγμα, η συχνότητα εμφάνισης στη φυλή των Ashkenazi Ιουδαίων είναι πολύ υψηλότερη από ότι σε άλλες φυλές παρά το γεγονός ότι μπορεί να ζουν στο ίδιο περιβάλλον.

Η έρευνα για την εξακρίβωση των υπεύθυνων γονιδίων επικεντρώνεται κυρίως στους ακόλουθους γενετικούς δείκτες:

1. γονίδια εντός του μείζονος συμπλέγματος ιστοσυμβατότητας (HLA γονίδια)

2. γονίδια εκτός του συστήματος ιστοσυμβατότητας (όπως γονίδια φλεγμονωδών κυτταροκινών π.χ. TNF-α)
3. συστηματική χαρτογράφηση του γενετικού υλικού (π.χ. NOD2/CARD15) (Triantafillidis JK ect. 2000, Roma ES. Ect. 2010).

Σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, τα άτομα που είχαν συγγενή πρώτου βαθμού με ΙΦΝΕ είχαν 10 φορές αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν οι ίδιοι ΙΦΝΕ. Σε μια άλλη μελέτη, οι Peeters et al., παρατήρησαν μια ισχυρή οικογενειακή συσχέτιση για την CD, ιδιαίτερα σχετικά με την ηλικία έναρξης και τη θέση της νόσου (Peeters et al., 1996).

Μια γαλλική μελέτη την ίδια στιγμή παρατήρησε ότι όσο μεγαλύτερος αριθμός συγγενών είχε ένα άτομο με ΙΦΝΕ, τόσο υψηλότερος ήταν ο κίνδυνος ανάπτυξης στη συνέχεια ΙΦΝΕ .

Οι μικροοργανισμοί του έντερου (microflora gut) εμπλέκονται στην αμφίδρομη επικοινωνία με τον εγκέφαλο μέσω νευρικών, ενδοκρινικών και ανοσολογικών οδών με σημαντικές συνέπειες σε συμπεριφορικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένου του άγχους, της κατάθλιψη και γνωστικών διαταραχών, καθώς και του χρόνιου σπλαχνικού πόνου (Cryan JF, Dinan TG. 2012 ).

Αν και πολλά από αυτά που είναι γνωστά στον τομέα βασίζονται σε μελέτες σε ζώα, υπάρχει επίσης ένα μικρό, αλλά αυξανόμενο σε αριθμό ποσοστό σχετικών μελετών στον άνθρωπο. Για παράδειγμα, στην αρχική μελέτες, τα συμπτώματα ΣΕΕ έχουν συσχετιστεί με αλλοιώσεις σε σύνθεση μικροβίων (αν και μεγαλύτερες μελέτες που να επιτρέπουν τον έλεγχο για περισσότερους πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες είναι σαφώς αναγκαία (Tana C ect. 2010).

Τα προβιοτικά φαίνονται πολλά υποσχόμενα στην διαχείριση των συμπτωμάτων του ΣΕΕ , και η ανεπάρκεια στα Bifidobacteria σχετίζεται με την αύξηση του κοιλιακού άλγους και το φούσκωμα στον υγιή πληθυσμό (Jalanka-Tuovinen J ect. 2011).

Επιπλέον, η χορήγηση ενός προβιοτικού αλλοιώνει την κεντρική επεξεργασία των συναισθηματικών ερεθισμάτων, καθώς και την ηρεμιστική συνδεσιμότητα του εγκεφάλου στα αισθητήρια και τα συναισθηματικά εγκεφαλικά κυκλώματα (Tillisch K ect. 2013).

Με βάση αυτά τα ευρήματα, η υπόθεση ενός μικροβιακού άξονα εγκεφαλικού εντέρου αναδύεται, με την πιθανότητα ότι η διαμόρφωση της μικροβιοτόπου του εντέρου μπορεί να είναι ένας στόχος για νέες θεραπείες στις διαταραχές που σχετίζονται με το άγχος και τον πόνο, συμπεριλαμβανομένου των γαστρεντερικών (Van Oudenhove L. ect. 2016).

## 4.2 Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Τα παιδιά και οι νέοι ενήλικες που ζουν σε περιοχές με υψηλές συγκεντρώσεις διοξειδίου του θείου (βιομηχανικές ρυπαντικές ουσίες) παρουσίασαν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης UC. Επιπλέον, τα παιδιά και οι νέοι ενήλικες που ζουν σε περιοχές με υψηλή περιεκτικότητα σε διοξείδιο του αζώτου (γνωστή ρύπανση που σχετίζεται με την κυκλοφορία) ήταν σε αυξημένο κίνδυνο για CD. Παραδόξως, το διοξείδιο του αζώτου συσχετίστηκε αρνητικά με την έναρξη του CD σε ενήλικες μέσης ηλικίας. (Paul Encka, et al 2010).

Αυτό το εύρημα υπογραμμίζει ότι οι περιβαλλοντικές εκθέσεις ενδέχεται να έχουν ειδικές επιπτώσεις για την ηλικία.

Κακές συνθήκες υγιεινής, επιμόλυνση των τροφών και η διαβίωση σε συνθήκες συνωστισμού σχετικά με ελμινθικές λοιμώξεις, οι οποίες αλλοιώνουν τον πληθυσμό των T-λεμφοκυττάρων και διεγείρουν την παραγωγή κυτταροκινών και παράγοντα μετασχηματισμού των όγκων-β από τα μονοκύτταρα, αποτρέποντας την εντερική φλεγμονή. Ο παράγοντας που υπερτερεί μεταξύ των άλλων στη ηλικιακή ομάδα 12-18 είναι το κάπνισμα είτε ως ενεργοί καπνιστές των παιδιών που καπνίζουν από μικρή ηλικία με μέσο όρο έναρξης τα 14 έτη είτε ως παθητικούς καπνιστές στο κοντινό τους περιβάλλον. Έχει ενοχοποιηθεί ακόμη το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύησης.

Ωστόσο στη ΕΚ παρουσιάζει προστατευτικό ρόλο ενώ στη νόσο Crohn πυροδοτεί επιθετική εξέλιξη. Περιβαλλοντικοί παράγοντες παιδικής ηλικίας: γονικές πεποιθήσεις και συμπεριφορές. Υπάρχει οικογενειακή συσσωμάτωση των παιδικών γαστρεντερικών διαταραχών. Τα παιδιά των ασθενών με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (ΣΕΕ) κάνουν περισσότερες επισκέψεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης από τα παιδιά των γονέων χωρίς ΣΕΕ. Αυτό το μοτίβο δεν περιορίζεται στα συμπτώματα του γαστρεντερικού (GI) και ισχύει για τα μητρικά και πατρικά συμπτώματα (Van Oudenhove L. Ect. 2016).

Οι συμπεριφορές που τα παιδιά μαθαίνουν από τους γονείς μπορούν να συμβάλλουν περισσότερο στον κίνδυνο για την ανάπτυξη μιας γαστρεντερικής διαταραχής ακόμη και από τα γονίδια.

Η βασική αρχή εκμάθησης της θετικής ενίσχυσης ή ανταμοιβής, που ορίζεται ως ένα γεγονός μετά από κάποια συμπεριφορά και αυξάνει την πιθανότητα αυτής να συμβεί στο μέλλον, είναι πιθανό να συμβάλει στον τρόπο με τον οποίο αυτό μπορεί να συμβεί. Υπάρχει επίσης μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της ψυχολογικής κατάστασης του γονέα, ιδιαίτερα του άγχους, της κατάθλιψης και της σωματοποίησης και των συμπτωμάτων των κοιλιακών πόνων στα παιδιά (Levy RL ect 2003).

Τα παιδιά αυτά σωματοποιούν το άγχος των γονέων τους και εκλαμβάνουν τα συμπτώματα μη αντιμετωπίσιμα. Οι γονείς με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ή πεποιθήσεις, όπως η υπερβολική ανησυχία για τον πόνο, μπορεί να δίνουν μεγαλύτερη προσοχή και, ως εκ τούτου, να ανταμείβουν

σωματικά συμπτώματα. Οι καταστροφικές γνώσεις των γονέων για τον δικό τους πόνο προέβλεπαν τις αντιδράσεις στον κοιλιακό πόνο των παιδιών τους που ενθάρρυναν τη συμπεριφορά ασθενείας, η οποία με τη σειρά της προέβλεπε λειτουργική αναπηρία παιδιών (Langer SL ect. 2009).

Προοπτικές μελέτες έχουν δείξει ότι η εμπειρία των αγχωδών συμβάντων ζωής συνδέεται με την επιδείνωση των συμπτωμάτων και τη συχνή αναζήτηση υγειονομικής περίθαλψης στους ενήλικες με ΣΕΕ. Το χρόνιο στρες της ζωής είναι ο κύριος προγνωστικός δείκτης της έντασης των συμπτωμάτων ΣΕΕ σε διάστημα 16 μηνών ακόμα και μετά τον έλεγχο των σχετικών συγχυτικών διαταραχών (Lackner JM ect. 2004).

Τέλος, το άγχος μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα της θεραπείας - μία μελέτη έδειξε ότι η παρουσία ενός μόνο παράγοντα άγχους εντός 6 μηνών πριν τη συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα θεραπείας του ΣΕΕ συνδέθηκε άμεσα με κακές εκβάσεις και υψηλότερη ένταση συμπτωμάτων κατά την παρακολούθηση 16 μηνών σε σύγκριση με ασθενείς χωρίς έκθεση σε τέτοιο στρεσογόνο παράγοντα.

Επιπλέον η απουσία της κοινωνικής στήριξης αποτελεί και αυτή ένα περιβαλλοντικό παράγοντα που έχει αρνητικό αντίκτυπο στη έκβαση και στη κλινική πορεία της νόσου. Τα παιδιά εισπράττουν την αδιάφορη στάση του κοινωνικού συνόλου τόσο ως προς τα σωματικά συμπτώματα αλλά και στα ψυχολογικά που δεν βοηθά στην υπερνίκηση κυρίως του ΣΕΕ (Van Oudenhove L. ect. 2016).

### **4.3 Ψυχολογική επίπτωση στο παιδί και την οικογένεια**

Τα αναδυόμενα αποδεικτικά στοιχεία ερευνών υποστηρίζουν ότι η ψυχολογικά προσανατολισμένη θεραπεία μπορεί να βελτιώσει τις διαταραχές της διάθεσης που σχετίζονται με το IBD, αλλά δεν υπάρχουν ακόμη ισχυρά δεδομένα που να δείχνουν ότι η διαχείριση του στρες έχει ευεργετική επίδραση στη δραστηριότητα ή την πορεία της IBD. Μέχρι στιγμής, ποιες είναι οι παρεμβάσεις που πρέπει να προσφέρονται και στοχεύουν στο ψυχολογικό στρες και τις διαταραχές της διάθεσης σε μεμονωμένους ασθενείς με IBD δεν είναι σαφές. Το αρχικό στάδιο, ή ο αντίκτυπος, είναι έντονα συναισθηματικό και χαρακτηρίζεται από τον κλονισμό, τη δυσπιστία και μερικές φορές την άρνηση, ειδικά εάν η αναταραχή δεν είναι εμφανής, όπως στη χρόνια ασθένεια. Η άρνηση είναι πιθανώς η λιγότερο κατανοητή και διερευνημένη αντίδραση. Οι ιατρικές υπηρεσίες τείνουν να ονομάσουν την άρνηση ως μια "απροσάρμοστη κατάσταση" και προσπαθούν να την αλλάξουν χρησιμοποιώντας συνεχείς και επαναλαμβανόμενες εξηγήσεις σχετικά με την πρόγνωση. Εντούτοις, η άρνηση είναι συχνά μια προσαρμοστική προσέγγιση.

Συχνά η ενοχή προέρχεται από μια ψεύτικη υπόθεση ότι η χρόνια ασθένεια ή αναπηρία είναι ένα αποτέλεσμα της προσωπικής αποτυχίας ή αδικιών, όπως η κατανάλωση ποτού, η λήψη φαρμάκων, το κάπνισμα, η έλλειψη προσοχής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Μια άλλη κοινή αντίδραση στα οικογενειακά μέλη είναι ο θυμός. Ο θυμός που κατευθύνεται κρυφά μπορεί να είναι προφανής ως αυτο-κατηγορία ή σωφρονιστική συμπεριφορά, όπως η παραμέληση της υγείας κάποιου και η υποβάθμιση των προβλημάτων που αντιμετωπίζονται.

Κατάθλιψη, κατά την οποία οι γονείς δοκιμάζουν τα χρόνια συναισθήματα που προκαλούνται από την ασθένεια, παραδείγματος χάριν, σε μερικούς γονείς, ο διανοητικός θάνατος του παιδιού τους είναι συμβολικός και επομένως είναι ένα πολύ πιο ισχυρό συναίσθημα από μια αντίδραση θλίψης.

Κατά τη διάρκεια της περιόδου της προσαρμογής, τέσσερις τύποι γονικών αντιδράσεων μπορούν να εμφανιστούν στο παιδί οι οποίοι επηρεάζουν την ενδεχόμενη απάντηση στη αναταραχή. Μια από τις κρισιμότερες επιρροές της χρόνιας ασθένειας στα παιδιά της προσχολικής ηλικίας είναι το αίσθημα της ενοχής, πως δηλαδή αυτά "προκάλεσαν" την ασθένεια. Αυτή η ενοχή όμως το μόνο που μπορεί να δημιουργήσει είναι ένα παιδί με "εύθραυστο" χαρακτήρα. Αντίθετα συμβαίνει με το παιδί που παρουσιάζει προσωρινή ασθένεια και έχει ευκαιρίες να ξεπεράσει τα συναισθήματα της ενοχής και της κατωτερότητας. Ο αντίκτυπος της ασθένειας μπορεί να είναι καταστρεπτικότερος κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Ο σημαντικότερος στόχος του εφήβου είναι να διαμορφώσει μια προσωπική ταυτότητα.

Οι εφηβικές αλλαγές εστιάζονται στην εικόνα του εφήβου για τον εαυτό του, έχοντας τον έλεγχο και την κυριότητα, πέρα από τις αυξανόμενες φυσικές ικανότητες και τη σεξουαλικότητα. Κατά τη διάρκεια της πρόωρης εφηβείας αυτό πραγματοποιείται μέσα στην ομάδα με τους συνομηλίκους του.

Η ασθένεια μπορεί να επιφέρει χωρισμούς τόσο μεταξύ των ίδιων των γονέων όσο και μεταξύ γονέων- νηπίου που είναι καταστρεπτικοί για το παιδί. Μια χρόνια ασθένεια μπορεί να απαιτήσει τις επαναλαμβανόμενες εισαγωγές σε νοσοκομείο και τις επίπονες διαδικασίες. Εάν η ανάγκη να συντηρηθεί η σχέση νηπίου-γονέων δεν ενισχύεται, το νήπιο μπορεί να γίνει καταθλιπτικό και να απομακρυνθεί τελικά από τον γονέα. Τα νήπια φαίνεται να έχουν μια τεράστια ικανότητα να αντέχουν στην πίεση, υπό τον όρο ότι υπάρχει ο δεσμός τους με το γονέα υπάρχει (Wong, 1996).

### **Αγχώδεις διαταραχές**

Οι διαταραχές άγχους είναι η συνηθέστερη ψυχιατρική συννοσηρότητα, που εμφανίζεται στο 30%-50% των ασθενών με γαστρεντερικές διαταραχές. Μπορούν να προκαλέσουν ή να διαιωνίσουν τα συμπτώματα της ασθένειας μέσω της αυξημένης αυτόνομης διέγερσης (σε απόκριση του στρες) ή στο επίπεδο του εγκεφάλου, η οποία μπορεί να επηρεάσει την ευαισθησία του γαστρεντερικού και τη

λειτουργικότητα του. Η ευπάθεια στις διαταραχές άγχους μπορεί να μοιράζεται παρόμοιες οδούς με την ευαισθησία στις γαστρεντερικές διαταραχές, ιδιαίτερα σε σχέση με την ευαισθησία στο άγχος, την επαγρύπνηση του σώματος και την ικανότητα του να ανέχεται δυσφορία.

### **Επίδραση στην ψυχολογία παιδιών προσχολικής ηλικίας**

Η προσχολική ηλικία είναι το στάδιο της πρωτοβουλίας, οι πολυάριθμοι στόχοι επιτυγχάνονται κατά τη διάρκεια αυτής της ηλικίας οι οποίοι όμως μπορεί να παρεμποδιστούν σοβαρά από τη χρόνια ασθένεια. Παρά την ενθάρρυνση να παίζει με τους συνομήλικούς του και να συμμετάσχει σε διάφορες δραστηριότητες, το παιδί μπορεί να περιοριστεί στο σπίτι, όπου η κοινωνικοποίηση περιορίζεται στην ασφαλή και ανεκτική οικογένεια. Η ανώριμη συμπεριφορά μπορεί να γίνει ανεκτή επειδή η πειθαρχία δεν επιβάλλεται. Συνεπώς, όταν το παιδί της προσχολικής ηλικίας συνυπάρχει με παιδιά της ίδιας ηλικίας ή όταν βρίσκεται στο σχολείο, μπορεί να μην ξέρει πώς να ενεργήσει και μπορεί εύκολα να επικριθεί από τους συνομήλικούς του και να χαρακτηριστεί ως "μωρό". Το παιδί όντας αντιμέτωπο με τέτοιες αντιδράσεις από άλλους, σε αντίθεση με την ασφάλεια του σπιτιού, μπορεί βαθμιαία να επιλέξει μια ζωή κοινωνικής απομόνωσης και μοναξιάς, ειδικά κατά τη διάρκεια της σχολικής περιόδου.

Μια από τις κρισιμότερες επιρροές της χρόνιας ασθένειας στα παιδιά της προσχολικής ηλικίας είναι το αίσθημα της ενοχής, πως δηλαδή αυτά "προκάλεσαν" την ασθένεια. Αυτή η ενοχή όμως το μόνο που μπορεί να δημιουργήσει είναι ένα παιδί με "εύθραυστο" χαρακτήρα. Αντίθετα συμβαίνει με το παιδί που παρουσιάζει προσωρινή ασθένεια και έχει ευκαιρίες να ξεπεράσει τα συναισθήματα της ενοχής και της κατωτερότητας. Το παιδί με χρόνια ασθένεια έχει λιγότερες ευκαιρίες επιτυχίας και η ζωή του μπορεί να περιλαμβάνει μια σειρά αποτυχιών – όπως π.χ το να μην είναι αρκετά δυνατό και ικανό στο να συναγωνιστεί τα παιδιά της ηλικίας του (Wong, 1996).

### **Επίδραση στην ψυχολογία παιδιών εφηβικής ηλικίας**

Ο αντίκτυπος της ασθένειας μπορεί να είναι καταστρεπτικότερος κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Ο σημαντικότερος στόχος του εφήβου είναι να διαμορφώσει μια προσωπική ταυτότητα. Οι εφηβικές αλλαγές εστιάζονται στην εικόνα του εφήβου για τον εαυτό του, έχοντας τον έλεγχο και την κυριότητα, πέρα από τις αυξανόμενες φυσικές ικανότητες και τη σεξουαλικότητα. Ο νέος ο οποίος θα αναπτύξει κάποια ασθένεια ή θα αποκτήσει ανικανότητα κατά τη διάρκεια των κρίσιμων εφηβικών χρόνων έχει μεγαλύτερη δυσκολία από τον έφηβο ο οποίος έχει επηρεαστεί από την παιδική, προσχολική ή βρεφική του ηλικία. Φαίνεται ότι όσο νωρίτερα εμφανίζεται η ασθένεια τόσο καλύτερα το άτομο είναι σε θέση να την αντιμετωπίσει και να προσαρμοστεί με αυτήν. Ο έφηβος με μια πρόσφατη επίκτητη αναταραχή θα μπει στη διαδικασία να θρηνεί την χαμένη του "τελειότητα", καθώς προσαρμόζεται στις αλλαγές.

Η εφηβεία είναι μία περίοδος όπου το παιδί ασχολείται με την επίτευξη της ανεξαρτησίας από την οικογένεια και τον προγραμματισμό για τους μελλοντικούς στόχους που θα θέσει στη ζωή του και τις ευθύνες του. Οι έφηβοι με ΙΦΝΕ και ιδιαίτερα με σοβαρής μορφής νόσου, μπορεί να είναι λιγότερο ανεξάρτητοι από τους συνομηλίκους τους. Η επιβεβλημένη εξάρτηση, προκαλούμενη από τη φυσική εξασθένιση, μπορεί να επιδεινώσει τη σχέση μεταξύ γονέα-παιδιού, εξαιτίας της ανεξαρτησίας που δεν δίνεται. Η έλλειψη κατανόησης και από τις δυο πλευρές μπορεί να οδηγήσει σε πικρά συναισθήματα και στην ενδοοικογενειακή αναταραχή (Σαπουντζή – Κρεπιά, Δ. 2004).

### **Επίδραση της ασθένειας του παιδιού στην οικογένειά του**

Η χρόνια σωματική ασθένεια του παιδιού επηρεάζει άμεσα και με πολλούς τρόπους το οικογενειακό του περιβάλλον. Οι ιατρικές επισκέψεις και οι εξετάσεις, η χορήγηση φαρμάκων, οι κατ'οίκον θεραπείες και οι ανάγκες νοσηλείας του παιδιού διαταράσσουν και μεταβάλλουν την κανονική ροή της οικογενειακής ζωής. Η χρόνια σωματική ασθένεια του παιδιού, λόγω της διαρκούς επιβάρυνσης που προκαλεί, επιφέρει ενδοοικογενειακές συναισθηματικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις.

Η φύση και η έκταση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, τα οποία αντιμετωπίζει η οικογένεια, εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες: την βαρύτητα και την πρόγνωση της ασθένειας, τα τυχόν συνοδά της προβλήματα, το είδος της ασθένειας (κληρονομική ή επίκτητη), την ηλικία του παιδιού κατά την έναρξη της ασθένειας, την ψυχική ωριμότητα των γονέων και την ύπαρξη ή όχι προηγούμενης ψυχικής διαταραχής σε μέλη της οικογένειας.

Σε συναισθηματικό επίπεδο, κατά την διάγνωση της χρόνιας σωματικής ασθένειας του παιδιού οι γονείς αντιδρούν με άγχος, ανησυχία, φόβους και ενοχή. Υποστηρίζεται ότι οι αντιδράσεις αυτές αποτελούν έκφραση του θρήνου τους για την απώλεια του υγιούς "φυσιολογικού" παιδιού το οποίο ανέμεναν να έχουν. Τα συναισθήματα αυτά όταν παρατείνονται στον χρόνο είναι δυνατόν να οδηγήσουν τους γονείς σε καταστάσεις χρόνιας κατάθλιψης. Αποτέλεσμα είναι να παρεμποδίζεται η προσαρμογή τους στη νέα κατάσταση, να αδυνατούν να αποδεχθούν το πρόβλημα του παιδιού και να επηρεάζεται η σχέση τους μαζί του σε σημαντικό βαθμό. Σε τέτοιες περιπτώσεις είναι αρκετά συχνή η ανάπτυξη υπερπροστασίας και υπεραπασχόλησης προς το παιδί. Επίσης δεν είναι ασυνήθιστη η εμφάνιση, εκ μέρους των γονέων, τάσεων απόκρυψης της ασθένειας από το κοινωνικό περιβάλλον. Οι σχέσεις του ζευγαριού είναι δυνατόν να επιβαρυνθούν. Αναζωπυρώνονται παλαιά ενδοοικογενειακά προβλήματα και οι γονείς αδυνατούν να συνεργασθούν μεταξύ τους. Τότε το σχήμα το οποίο τείνει να επικρατεί είναι η μητέρα να επιφορτίζεται μόνη την φροντίδα της ασθένειας του παιδιού, ενώ ο πατέρας δεν ασχολείται καθόλου με αυτήν.

Σε κοινωνικό επίπεδο, πολλές οικογένειες αναφέρουν ότι αντιμετωπίζουν προβλήματα απομόνωσης και περιθωριοποίησης λόγω του κοινωνικού στίγματος το οποίο φέρει ακόμα η χρόνια σωματική



ασθένεια. Επίσης, λόγω των αναγκών φροντίδας του παιδιού με την ασθένεια οι γονείς είναι δυνατόν να αντιμετωπίζουν εργασιακά προβλήματα (τακτικές απουσίες, διακοπή της εργασίας). Επιπλέον αναγκάζονται να επωμίζονται και το οικονομικό κόστος της ασθένειας. Πολλές σχετικές δαπάνες καθώς είναι μη εμφανείς (μετακινήσεις, έκτακτα έξοδα, ειδικές θεραπείες, ειδικός εξοπλισμός, κ.α.) δεν καλύπτονται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και καταλήγουν να επιβαρύνουν τον οικογενειακό οικονομικό προϋπολογισμό ( Σαπουντζή – Κρεπιά, Δ. 2004).

#### 4.4 Διατροφή

Είναι γεγονός ότι δεν υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο πλάνο διατροφής που θα μπορεί να ακολουθηθεί απο όλους τους ασθενείς. Για να διαμορφωθεί μια δίαιτα θα πρέπει να συμπεριληφθούν τα εξής : η εντόπιση της νόσου, η ύπαρξη εντερικής απόφραξης και η ύπαρξη του επονομαζόμενου συνδρόμου βραχέος εντέρου. Η διατροφική κάλυψη θα πρέπει να είναι τέτοια ώστε να προληφθεί ο υποσιτισμός ,η απώλεια βάρους ,η ανορεξία και να διατηρηθεί η σωματική ανάπτυξη των παιδιών στα φυσιολογικά πλαίσια. Το διαιτολόγιο πρέπει να είναι βασισμένο στη Μεσογειακή διατροφή και όχι στα δυτικά πρότυπα δίαιτας. Στα παιδιά άνω των 8 ετών και στους εφήβους συστήνεται να κρατούν ένα διατροφικό ημερολόγιο που θα βοηθήσει στη σωστή και έγκαιρη αναγνώριση τροφών που τους ενοχλούν. Γενικά θα πρέπει να γίνονται 5 μικρά και συχνά γεύματα ,να μην εισάγουν τροφές νέες στη καθημερινότητα τους αλλά σταδιακά να εμπλουτίζουν τη διατροφή τους με φαγητά και να παρατηρούν τυχόν αλλαγές στη λειτουργία του εντέρου. Η λήψη του φαγητού υπό συνθήκες βιασύνης και άγχους θα πρέπει να αποφεύγεται αυστηρά όπως και η λήψη καφεΐνης και πικάντικων καρυκευμάτων μαζί με το φαγητό.

Οι βιταμίνες είναι αυτές οι οποίες είναι στη πρώτη γραμμή άμυνας του οργανισμού όπως και τα ιχνοστοιχεία που είναι απαραίτητα για τη απαραίτητη θρέψη .Τα φρούτα και τα λαχανικά συστήνονται ανάλογα με τη ιδιαιτερότητα του κάθε ασθενή και το στάδιο της νόσου. Το λίπος αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα για το εάν θα πρέπει να λαμβάνεται απο τους ασθενείς ή όχι .Παρόλα αυτά το λίπος βοηθά στη απορρόφηση των απαραίτητων βιταμινών και είναι πλούσιο σε θερμίδες με αποτέλεσμα να βοηθάει και στην πρόσληψη βάρους σε περιπτώσεις που είναι αναγκαίο.

Η αποκλειστική εντερική διατροφή (EEN) χρησιμοποιείται κυρίως σε ασθενείς με NK και συνιστάται ως πρώτη γραμμή θεραπείας από τις ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες για τη συναίνεση των ευρωπαϊκών οργανώσεων Crohn και Colitis (ECCO) / Ευρωπαϊκής Εταιρείας Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας και Διατροφής (ESPGHAN) που δημοσιεύθηκαν το 2014 (Ruemmele FM ect. 2014).

Οι συστάσεις ευρωπαϊκών μελετών υποδηλώνουν ότι η αποτελεσματική θεραπεία απαιτεί 100% εντερικές τροφές. Ωστόσο, ορισμένα στοιχεία υποδηλώνουν ότι η εντερική τροφή από 80 έως 90% μπορεί επίσης να είναι αποτελεσματική, πράγμα που επιτρέπει στον ασθενή να συνεχίσει με κάποια πρόσληψη μιας τακτικής διατροφής. Η θεραπεία αυτή πλησιάζει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας με τα κορτικοστεροειδή (Gupta K ect. 2013)

Σε νεοδιαγνωσμένο παιδιατρικό ασθενή με νόσο του Crohn, η θεραπεία (EEN) αποκλειστικής εντερικής διατροφής περιλαμβάνει την κατανάλωση μιας πλήρους διατροφικά υγρής φόρμουλας ως μοναδικής πηγής διατροφής, με ορισμένες που επιτρέπουν μικρές ποσότητες περιορισμένων άλλων τροφίμων, για 6-8 εβδομάδες. Οι περισσότεροι διαιτολόγοι συνέστησαν στους ασθενείς να ακολουθούν προσωρινά χαμηλή περιεκτικότητα σε φυτικές ίνες ή δίαιτα χαμηλών υπολειμμάτων (78%) και προοδευτική εισαγωγή ενός γεύματος κάθε φορά (67%) κατά την ολοκλήρωση του EEN. Τρεις διαιτολόγοι (17%) συνιστούν τη δίαιτα εξάλειψης της νόσου του Crohn (CDED), και άλλοι τρεις χρησιμοποιούν δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά (17%) μετά την EEN. Δύο διαιτολόγοι (11%) συνιστούν βαθμιαία αύξηση του λίπους, των φυτικών ινών, της λακτόζης και ζάχαρη για 2 εβδομάδες (Deirdre Burgess, Kim Herbison et al 2021).

Πολλαπλές τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες (RCT) αναφέρουν ότι η διατροφή με χαμηλή περιεκτικότητα σε ζυμωμένα, ολιγοσακχαρίτες, δισακχαρίτες, μονοσακχαρίτες και πολυόλες (διατροφή χαμηλή σε FODMAP) οδηγεί σε βελτίωση των συμπτωμάτων του ΣΕΕ, όπως το φούσκωμα και ο κοιλιακός πόνος, στο 50-80%, παρόλο που η ποιότητα των δοκιμών αυτών σε σχέση με την επιλογή των ομάδων ελέγχου έχει αμφισβητηθεί. Υποσχόμενα αποτελέσματα έδειξε και μία μελέτη παρέμβασης διάρκειας 6 εβδομάδων κατά την οποία 8 ασθενείς με νόσο του Crohn ακολούθησαν Μεσογειακή διατροφή. Παρατηρήθηκαν αλλαγές στο μικροβίωμα του εντέρου με τάση να προσομοιάσει αυτό των υγείων ενηλίκων και τροποποίηση της έκφραση γονιδίων που σχετίζονται με τη χρόνια φλεγμονή (Marlow, Gareth, et al.2013).

Η δίαιτα χαμηλή σε FODMAP έχει επίσης διερευνηθεί στην ηρεμιστική ΙΦΝΕ, αποδεικνύοντας την αποτελεσματικότητά της για συμπτώματα όπως η διάρροια και το φούσκωμα (Zhan YL ect.2017), παρόλο που πολλές δοκιμές δεν έχουν ελεγχθεί και έχει δημοσιευθεί μόνο μια RCT (Pedersen N ect. 2017).

Οι δύο κύριοι μηχανισμοί με τους οποίους οι υδατάνθρακες FODMAP προκαλούν γαστρεντερικά συμπτώματα είναι μέσω της αύξησης του μικροσκοπικού εντερικού ύδατος και του παχέος εντέρου μετά το γεύμα (Major G ect. 2017).

Τα τελευταία χρόνια σύμφωνα με μελέτες η μαστίχα Χίου έχει εκλεγεί ως το πρώτο προϊόν στην Ελλάδα που έχει ευεργετική δράση σε ασθενείς με ελικοβακτηρίδιο πυλωρού, με προβλήματα δυσπεψίας και με ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσους του εντέρου. Ανάλογα με τη συχνότητα διαταραχών θρέψης που αντιμετωπίζει κάθε παιδί με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και την έλλειψη ιχνοστοιχείων όπως του Ca, Fe, Mg αλλά και της βιταμίνης B12 θα πρέπει να δίνονται τα κατάλληλα συμπληρώματα. Αρκετά μικροθρεπτικά συστατικά είναι σημαντικά στην ανοσοδιατροφή, μεταξύ των οποίων οι βιταμίνες A, C, D και E, το φυλλικό οξύ, το β-καροτένιο, όπως και ορισμένα ιχνοστοιχεία όπως ο ψευδάργυρος, το σελήνιο και ο σίδηρος. Η ανεπάρκεια σε ψευδάργυρο, βιταμίνες A και D μπορεί να ελαττώσει τη λειτουργικότητα των κυττάρων φυσικών φονέων (Natural Killer cells-NK cells), ενώ η χορήγηση θεραπείας υποκατάστασης με ψευδάργυρο, ή βιταμίνη C μπορεί να ενισχύσει τη δραστηριότητα τους (Erickson, Kent L. et al 2000)(Shaik-Dasthagirisaheb, Y. B., et al.2013).

Η βιταμίνη D φαίνεται να παίζει ρόλο στην άμυνα του εντέρου, καταστέλλοντας τη μικροβιακή διείσδυση στο επιθήλιο. Ανεπάρκεια της βιταμίνης D έχει αναγνωριστεί στο 22-70% των ασθενών με νόσο του Crohn και έχει συνδεθεί με διαταραχή διαφόρων επιθηλιακών διεργασιών. Μέχρι στιγμής, έχουν γίνει μόνο δύο τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές για να αξιολογήσουν την επίδραση της θεραπείας υποκατάστασης με βιταμίνη D στην πορεία της νόσου των ασθενών με ΙΦΝΕ. Σε μία Δανική μελέτη, 94 ασθενείς με νόσο του Crohn τυχαιοποιήθηκαν για να λάβουν βιταμίνη D3 ή placebo. Η ομάδα των ασθενών που έλαβε D3 είχε μεν ελαττωμένο κίνδυνο υποτροπής, όμως μη στατιστικά σημαντικό ( Jørgensen, Søren Peter, et al.2010).

Η ανεπάρκεια βιταμίνης A εάν και συναντώνται συχνά ,πρέπει να συμπληρώνεται σε παιδιά με νόσο Crohn με σύνεση απο τον θεράποντα ιατρό γιατί μπορεί να είναι τοξική για τον οργανισμό.Η έλλειψη βιταμίνης D τόσο στη NK όσο και στην ΕΚ αγγίζει το 50-80% των ασθενών και εάν δεν αντιμετωπιστεί οδηγεί σε οστεοπενία .Σε περιόδους έξαρσης της νόσου με επικρατέστερο σύμπτωμα την διάρροια ,θα πρέπει να ακολουθείται υδρική δίαιτα και στη συνέχεια σταδιακή επανένταξη των υπόλοιπων τροφών.

Η έλλειψη σιδήρου απασχολεί μεγάλο ποσοστό ασθενών με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και συνοδεύεται συνήθως με ανεπάρκεια βιταμίνης B12 και φυλικού οξέος.Τα συμπληρώματα σιδήρου απο το στόμα δεν συστήνονται τόσο όσο η ενδοφλέβια χορήγηση σιδήρου διότι έχουν κριθεί ένοχα για τη αύξηση του οξειδωτικού στρες και των συμπτωμάτων της ίδιας της νόσου.Η ενδοφλέβια χορήγηση σιδήρου είναι αποτελεσματική σε ποσοστό 70-80% και οδηγεί σε γρηγορότερη βελτίωση. Τα σιτηρά όπως η σίκαλη , το κριθάρι ,τα ζυμαρικά και γλυκά ίσως προκαλέσουν επιδείνωση των συμπτωμάτων λόγω της δυσανεξίας στη γλουτένη.

Φαίνεται ότι η ανεπάρκεια φυλλικού οξέος είναι συχνή στις Ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου αλλά πιο συχνή στη νόσο του Crohn. Σε αναδρομική μελέτη που συμμετείχαν παιδιά προσχολικής ηλικίας, παρατηρήθηκαν χαμηλά επίπεδα φυλλικού ορού (<3 ng/ml) στο 28,8% των ασθενών με νόσο του Crohn, ενώ μόλις στο 3% της ομάδας ελέγχου. Παρόμοια ποσοστά παθολογικών επιπέδων φυλλικού οξέος προκύπτουν και από παλαιότερες μελέτες (20%-26%) ενώ, μάλιστα, επηρεάζονται και οι ασθενείς που βρίσκονται σε ύφεση. Πιθανοί μηχανισμοί ανεπάρκειας φυλλικού είναι η ανεπαρκής πρόσληψη, η δυσαπορρόφηση και οι φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις. Η ανεπαρκής πρόσληψη είναι πιθανόν το πιο σημαντικό αίτιο όπως υποστηρίζεται από 2 μελέτες που κατέγραψαν τη διατροφή εξωτερικών ασθενών με ΙΦΝΕ και παρατηρήθηκε ανεπαρκής πρόσληψη στο 40%-78% των ασθενών. Η ενεργή ειλεΐτιδα καθώς και η εκτομή τμήματος του λεπτού εντέρου σε ασθενείς με νόσο του Crohn αποτελούν παράγοντες κινδύνου για ανεπάρκεια φυλλικού, με το μηχανισμό της δυσαπορρόφησης. Τέλος τόσο η σουλφασαλαζίνη όσο και η μεθοτρεξάτη ευθύνονται για ανεπάρκεια φυλλικού οξέος καθώς αποτελούν αναστολείς της διυδροφυλλικής ρεντουκτάσης και εμποδίζουν την κυτταρική πρόσληψη φυλλικού. Συνεπώς συνίσταται η μέτρηση των επιπέδων φυλλικού οξέος στους ασθενείς με νόσο του Crohn και ιδιαίτερος σε αυτούς που παρουσιάζουν αναιμία. Η θεραπεία υποκατάστασης με φυλλικό σε περίπτωση που υπάρχει έλλειμμα είναι συνήθως επαρκής για να αναπληρώσει τις αποθήκες φυλλικού του οργανισμού σε 2-3 εβδομάδες (Headstrom, Peggy D., Stephen J. et al, 2008).

Η ανεπάρκεια μαγνησίου παρατηρείται συχνά στις Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου με σημαντικές επιπτώσεις στη συνολική εικόνα του ασθενή. Το 50%-60% του μαγνησίου του οργανισμού είναι ενσωματωμένο στον κρύσταλλο υδροξυαπατίτη των οστών και φαίνεται να παίζει κάποιο ρόλο στη δραστηριότητα των οστικών κυττάρων. Ορισμένες επιδημιολογικές μελέτες συσχετίζουν την υπομαγνησισαιμία με οστεοπόρωση. Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ανεπάρκειας μαγνησίου σε ποσοστό 13%-88%.

Η ανεπάρκεια πιθανώς οφείλεται σε συνδυασμό ελαττωμένης διατροφικής πρόσληψης, απωλειών εξαιτίας χρόνιας διάρροιας ή συριγγίων, και δυσαπορρόφησης. Έλεγχος των επιπέδων μαγνησίου προτείνεται να διενεργείται σε όλους τους ασθενείς με σημαντική διάρροια (>300gr/ημέρα) και χορήγηση θεραπείας υποκατάστασης σε περίπτωση που διαπιστωθεί ανεπάρκεια (Rude, Robert K., et al, 2004).

Ιδιαίτερος σημαντικός για την επουλωτική διαδικασία είναι ο ψευδάργυρος καθώς ρυθμίζει την ανοσιακή λειτουργία και τη σύνθεση πρωτεϊνών και κολλαγόνου. Η ανεπάρκεια ψευδαργύρου είναι σχετικά συχνή σε ασθενείς με χρόνια διάρροια και δυσαπορρόφηση. Σε κάποιες μελέτες έχουν διαπιστωθεί χαμηλά επίπεδα ψευδαργύρου ορού σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, όμως αυτά τα αποτελέσματα είναι δύσκολο να ερμηνευθούν καθώς πολύ λίγη ποσότητα ψευδαργύρου κυκλοφορεί

στο πλάσμα και συνεπώς η μέτρηση αυτή δε μπορεί να με αξιοπιστία να μας δείξει την ποσότητα ψευδαργύρου του οργανισμού. Παλαιότερες έρευνες είχαν δείξει ότι ένα ποσοστό ασθενών με νόσο του Crohn εμφάνιζαν συμπτωματολογία εξαιτίας της έλλειψης ψευδαργύρου (ακροδερματίτιδα, ελαττωμένη γευστική οξύτητα) , κάτι που δεν έχει διαπιστωθεί σε πιο πρόσφατες αξιολογήσεις. Θεραπεία υποκατάστασης προτείνεται για τους ασθενείς με χρόνια διάρροια και για τη διευκόλυνση της επούλωσης. Δε θα πρέπει η θεραπεία να υπερβαίνει τις 2-3 εβδομάδες διότι η περίσσεια ψευδαργύρου μπορεί να επηρεάσει την απορρόφηση σιδήρου και χαλκού οδηγώντας σε ανεπάρκεια αυτών των ιχνοστοιχείων (Sinno, S., D. S. Lee,et al, 2011) .

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΙΣ ΙΦΝΕ

#### 5.1 Νοσηλευτική αντιμετώπιση στην Ελκώδη Κόλιτιδα

Ιστορικά η διαχείριση των ΙΦΝΕ έχει υπάρξει "αντιδραστική" και «με γνώμονα την κρίση» και όχι «προληπτική». Κάθε σύμπτωμα ξεχωριστά αντιμετωπίζεται εμπειρικά και με μεθοδευμένα βήματα και αναλόγως χορηγείται η κατάλληλη θεραπεία. Ωστόσο, έχει γίνει φανερό ότι η θεραπεία των ασθενών μόνο σύμφωνα με τα συμπτώματα, κατά την οποία έχει αλλάξει το φυσικό ιστορικό της νόσου.

Ως αποτέλεσμα, η φροντίδα των ΙΦΝΕ έχει τροποποιηθεί, με την φροντίδα ανά στόχους, χρησιμοποιώντας κλινικούς και ενδοσκοπικούς στόχους ύφεσης μαζί με τα αποτελέσματα βελτίωσης που αναφέρονται από τον ασθενή, τα οποία πρέπει να είναι επιβεβαιώμενα με αντικειμενικούς δείκτες της δραστηριότητας της νόσου. Συνεπώς, η παροχή ποιοτικής φροντίδας στις ΙΦΝΕ εξελίσσεται ώστε να περιλαμβάνει την αξιολόγηση και την παρακολούθηση των μεταβαλλόμενων στόχων και τα αποτελέσματα της φροντίδας των ΙΦΝΕ (Belinda D Jackson, Peter de cruz 2019).

Η ευνοϊκή παρακολούθηση των ασθενών υποδηλώνει εκπαίδευση, αυτοδιαχείριση και αποτελεσματική επικοινωνία από μια διεπιστημονική ομάδα για την επίτευξη και τη διατήρηση της ύφεσης. Όταν η διαχείριση του ασθενούς γίνεται από πολυεπιστημονική ομάδα, το ποσοστό συμμόρφωσης είναι υψηλότερο και επιτυγχάνεται η καλύτερη διαχείριση των ασθενών.

#### Διάγνωση και ο ρόλος του Νοσηλευτή

Η πλήρης εκτίμηση της συνολικής κατάστασης της υγείας του ασθενούς πραγματοποιείται με τη λήψη νοσηλευτικού ιστορικού. Ο νοσηλευτής συλλέγει πληροφορίες σχετικά με το οικογενειακό ιστορικό φλεγμονώδους πάθησης του εντέρου και προηγούμενες ή τρέχουσες θεραπείες για τη νόσο, καθώς επίσης και ημερομηνίες αλλά και τύπους χειρουργικών επεμβάσεων που τυχόν έχουν πραγματοποιηθεί. Βασικό είναι να λαμβάνονται και πληροφορίες σχετικά με την διατροφή του ατόμου, που θα πρέπει να περιλαμβάνουν τα συνήθη διατροφικά πρότυπα του ασθενούς και την συσχέτιση των χαρακτηριστικών της κένωσης με πιθανές δυσανεξίες σε τροφές, όπως γάλα και γαλακτοκομικά προϊόντα, λιπαρά, τηγασμένα, πικάντικα και καυτερά φαγητά. Ιστορικό απώλειας βάρους μπορεί να υπάρχει σε ασθενείς με σοβαρή μορφή της νόσου. Ρωτάται ο γονέας σε περίπτωση

που το παιδί δεν είναι σε ηλικιακή ομάδα που του επιτρέπει να επικοινωνήσει, για τα συμπτώματα της οξείας φάσης της ελκώδους κολίτιδας και το χρονικό διάστημα που διήρκησαν. Επιπρόσθετα, ενημερώνεται ο νοσηλευτής για τα συνήθη χαρακτηριστικά των κενώσεων του, όπως το χρώμα, το περιεχόμενο και το σχήμα των κενώσεων καθώς και για την παρουσία ή απουσία αίματος σε όλες τις κενώσεις. Τέλος ενημερώνεται για την ύπαρξη τυχόν εξωεντερικών εκδηλώσεων όπως αρθρίτιδα, στοματικά έλκη, προβλήματα όρασης και προβλήματα από το δέρμα.

Επίσης, πραγματοποιείται πλήρης αξιολόγηση της κοιλιάς. Είναι δυνατόν να παραπονείται για κοιλιακό πόνο, αιματηρή διάρροια και τεινισμό (αίσθημα αφόδευσης χωρίς κένωση).

Γίνεται, επίσης, ψυχοκοινωνική εκτίμηση στα παιδιά και τους εφήβους με Ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου. Τα εντερικά και εξωεντερικά συμπτώματα που σχετίζονται με ελκώδη κολίτιδα μπορεί να φτάσουν να στιγματίζουν κοινωνικά το άτομο. Γιαυτό το λόγο πρέπει να εξεταστεί κατά πόσο το παιδί έχει κατανοήσει την πάθηση και την επίδραση της στον τρόπο ζωής του και κατά πόσο είναι διατεθειμένο να συνεργαστεί και να ακολουθήσει το πλάνο της φροντίδας του.

Επιβάλλεται να ενθαρρύνεται και να υποστηρίζεται το παιδί ή ο έφηβος ενώ ταυτόχρονα θα πρέπει να διερευνηθούν τα παρακάτω (Katsanos, K. H., Saridi et al, 2019):

- Η σχέση μεταξύ των γεγονότων της καθημερινότητας και των εξάρσεων της νόσου.
- Παράγοντες πρόκλησης άγχους που προάγουν τη συμπτωματολογία της νόσου.
- Υποστηρικτικά συστήματα από την οικογένεια και την κοινωνία.

Πολλά παιδιά εμφανίζονται ανήσυχα σχετικά με τη συχνότητα των κενώσεων και την παρουσία αίματος σε αυτές, γεγονός που τους αποσπά την συγκέντρωση για τα μαθήματα τους αλλά και τους αποξενώνει από τις κοινωνικές του συναναστροφές. Η έλλειψη δυνατότητας ελέγχου των συμπτωμάτων της νόσου, συγκεκριμένα της διάρροιας, μπορεί να είναι πολύ ενοχλητική και αγχογόνος.

Σε πιο σοβαρές μορφές της νόσου ο ασθενής μπορεί να περιορίζεται ως προς τις δραστηριότητες του εκτός σπιτιού. Ως αποτέλεσμα της υπερβολικής διάρροιας, ο ασθενής μπορεί να αισθάνεται εξαρτημένος από την ανάγκη να βρίσκεται πάντα κοντά σε ένα λουτρό. Το φαγητό είναι δυνατόν να συνοδεύεται από πόνο και μυϊκές συσπάσεις, καθώς επίσης και από αυξημένη συχνότητα κενώσεων. Έτσι, η ώρα του φαγητού μπορεί να γίνεται μια δυσάρεστη εμπειρία. Οι συχνές επισκέψεις σε κάποιο υπεύθυνο παροχής φροντίδας υπηρεσιών υγείας και η τακτική διερεύνηση του εντερικού βλεννογόνου για δυσπλασίες είναι δυνατόν να προκαλούν έντονο άγχος και αγωνία (Ignatavicius & Workman, 2008).

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να αξιολογήσει προσεκτικά τον πόνο. Απαραίτητη είναι η διεξοδική διερεύνηση του πόνου του ασθενούς και συγκεκριμένα την εντόπιση, τα χαρακτηριστικά, την έναρξη/διάρκεια, τη συχνότητα, την ποιότητα, την ένταση ή τη σοβαρότητα του πόνου και τους παράγοντες επίσπευσης τους.

Οι διαγνωστικές εξετάσεις γίνονται με σκοπό την επιβεβαίωση της διάγνωσης της νόσου, τον προσδιορισμό της έκτασης της και την αξιολόγηση των συνεπειών της. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να προετοιμάσει κατάλληλα τον ασθενή για την εξέταση και να του παρέχει την απαραίτητη φροντίδα μετά το τέλος της εξέτασης (Lemone & Burke, 2006).

Ενημερώνεται ο ασθενής ότι πρέπει να ακολουθήσει τις οδηγίες του ιατρού σχετικά με την απαραίτητη προετοιμασία. Σε περίπτωση που ο ασθενής είναι κάτω της ηλικιακής ομάδας 12-17, ενημερώνεται αποκλειστικά ο γονέας για την διαδικασία που θα πρέπει να γίνει. Η προετοιμασία για την εξέταση περιλαμβάνει μόνο υδαρή δίαιτα την ημέρα πριν από την εξέταση. Ο ασθενής πρέπει να παραμείνει νηστικός για 8 ώρες πριν από την εξέταση. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την χορήγηση καθαρτικών 1-3 ημέρες πριν από την εξέταση και πραγματοποίηση υποκλυσμού το προηγούμενο βράδυ.

Γίνεται προετοιμασία του εντέρου, με τη χρήση κιτρικού του μαγνησίου, υπακτικών ή πολυαιθυλενικής γλυκόλης. Ενημερώνουμε το παιδί ότι η διαδικασία που θα ακολουθήσει θα είναι επώδυνη και το αίσθημα που θα βιώσει δεν θα είναι ευχάριστο. Επισημαίνεται στον ασθενή ότι θα δοθούν κατασταλτικά ώστε να πραγματοποιηθεί η διαδικασία όσο πιο ανώδυνα γίνεται και με αυτό το τρόπο καθησυχάζεται τόσο το παιδί όσο και η οικογένεια του. Γίνεται ενημέρωση για την διαδικασία και τον τρόπο διεξαγωγής της και εξασφάλιση έγγραφης συναίνεσης. Χορήγηση της καταστολής πριν από την εξέταση. Επίσης ενημερώνεται ο ασθενής ότι μετά το πέρας της εξέτασης συνήθως επιπλοκή είναι ο μετεωρισμός. Παρακολουθείται το παιδί, μετά την εξέταση, για αιμορραγία από το ορθό και σημεία διάτρησης, κοιλιακής διάτασης, άλγους και αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος.

### **Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία**

Ο νοσηλευτής που επωμίζεται τη θεραπευτική αντιμετώπιση της ελκώδους κολίτιδας πρέπει να είναι εξοικειωμένος με τις τρέχουσες φαρμακευτικές δυνατότητες, τις προοπτικές των νέων φαρμάκων και τις δυνητικές παρενέργειες της θεραπείας. Ο νοσηλευτής ελέγχει για πιθανές αντενδείξεις στη χορήγηση του εκάστοτε φαρμάκου, συμπεριλαμβανομένου του ιστορικού υπερευαισθησίας σε σουλφοναμίδες ή σαλικυλικά ή το ευρύτερο ιστορικό αλλεργίας σε οποιοδήποτε φάρμακο. Η αξιολόγηση της νεφρικής λειτουργίας είναι απαραίτητη (κρεατινίνη ορού, άζωτο ουρίας ούρων, γενική ούρων), τις ηπατικές δοκιμασίες και τη γενική εξέταση αίματος πριν αρχίσει η χορήγηση του φαρμάκου. Αξιολογείται τακτικά η ανταπόκριση του ασθενούς στη θεραπεία (π.χ. μείωση του



αριθμού των κενώσεων, μείωση της αποβολής βλέννας και αίματος και βελτίωση της σύστασης των εντέρων) και παρακολουθείται για πιθανές παρενέργειες με συχνότερες: την κεφαλαλγία, ανορεξία, ναυτία ή τον εμετό.(Porter, R., J., et al. 2020).

Ανά τακτά χρονικά διαστήματα πραγματοποιείται τακτικός έλεγχος του δέρματος για πιθανή εμφάνιση δερματικού εξανθήματος, δερματίτιδας, κνίδωσης. Πραγματοποιείται επίσης μέτρηση και καταγραφή των ούρων με σκοπό την πρόληψη τυχόν μεταβολών της αποβολής ούρων ή της νεφρικής λειτουργίας. Ο νοσηλευτής οφείλει να είναι σε συνεχή επαγρύπνηση για το εάν ο ασθενής λαμβάνει σωστά τα φάρμακα που του δίνονται κατά την σωστή ώρα χορήγησης τους, την σωστή οδό, την σωστή δόση του φαρμάκου και να ενεργεί εγκαίρως σε περίπτωση παράλειψής τους.

Η μέτρηση του σωματικού βάρους και των ζωτικών σημείων πρέπει να γίνεται συστηματικά όταν ο ασθενής λαμβάνει θεραπεία με κορτικοστεροειδή. Εξαιτίας της κατακράτησης του νερού και του νατρίου είναι πολύ πιθανό οι ασθενείς που λαμβάνουν κορτικοστεροειδή να εμφανίζουν υπέρταση ή αύξηση σωματικού βάρους (Ursula-malpighi et al., 2019).

Η λήψη και η χορήγηση των κορτικοστεροειδών θα πρέπει να γίνεται τις πρωινές ώρες για να διατηρούνται σε φυσιολογικά επίπεδα οι τιμές των γλυκοκορτικοειδών, ώστε να ελαττωθεί η καταστολή της παράγωγης κορτιζόλης από τα επινεφρίδια (Orsola-malpighi et al., 2019).

Πριν από την πραγματοποίηση χειρουργικής επέμβασης στο παχύ έντερο, πρέπει να γίνονται προσπάθειες για την απομάκρυνση όσο το δυνατόν μεγαλύτερης ποσότητας κοπρανώδους περιεχομένου από το κόλον. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτό, ο ασθενής τοποθετείται σε δίαιτα με μικρό υπόλειμμα για τις τελευταίες 7 με 10 ημέρες πριν από την επέμβαση.

Τις τελευταίες 12 με 72 ώρες πριν από την επέμβαση, η δίαιτα τροποποιείται σε υδρική. Βιταμίνες και μέταλλα μπορεί να χορηγούνται συμπληρωματικά κατά τη διάρκεια εφαρμογής αυτής της περιοριστικής δίαιτας.

Εκτός από τη διαιτητική προετοιμασία, πρέπει να χορηγούνται υπακτικά και να πραγματοποιούνται υποκλυσμοί προκειμένου να καθαριστεί το κατώτατο έντερο όσο το δυνατόν καλύτερα. Μπορεί να χορηγηθούν προφυλακτικά αντιβιοτικά για την αποφυγή της λοίμωξης στο σημείο της εγχείρησης (Press, D., 2015).

Πριν το χειρουργείο την ίδια μέρα, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος να βοηθήσει τον ασθενή να πλυθεί και να φορέσει την ειδική ένδυση για το χειρουργείο και να διασφαλίσει ότι δεν θα χορηγηθεί στον ασθενή τίποτα από το στόμα. Οφείλει να δώσει τις κατάλληλες πληροφορίες σχετικά με το πλάνο της προεγχειρητικής του φροντίδας και μετεγχειρητικής και να εκπαιδεύσει τον ασθενή σύμφωνα με τις μετεγχειρητικές οδηγίες του θεράποντα ιατρού.

Επιβάλλεται να έχει ολοκληρωθεί η προετοιμασία του δέρματος και του εντέρου, σύμφωνα με τις οδηγίες και να έχει τοποθετηθεί ουροκαθετήρας, φλεβική γραμμή ή ρινογαστρικός καθετήρας, σύμφωνα με τις οδηγίες. Γίνεται ο έλεγχος ότι έχει υπογραφεί η συγκατάθεση του ασθενούς έπειτα από την ενημέρωσή του και ότι το ύψος και το βάρος του ασθενούς έχουν καταγραφεί στο διάγραμμα του (για τον προσδιορισμό των δόσεων των αναισθητικών φαρμάκων).

Είναι υπεύθυνος να επιβεβαιώσει ότι όλα τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων που έχουν ζητηθεί βρίσκονται στον φάκελο του ασθενούς και να χορηγήσει τα προεγχειρητικά φάρμακα με βάση τις οδηγίες.

Η νοσηλευτική φροντίδα στη φάση της διεγχειρητικής φροντίδας αυτή επικεντρώνεται στην ασφάλεια του ασθενούς και στην συνεχή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων και όλων των παραμέτρων που εξετάζονται. Ο νοσηλευτής κίνησης και ο εργαλειοδότης υποστηρίζουν και φροντίζουν τον ασθενή και βοηθούν τους χειρουργούς, στα πλαίσια του ειδικού τους ρόλου (Lemone & Bruke, 2006).

Κατά την είσοδο στη χειρουργική αίθουσα, ο νοσηλευτής επιβεβαιώνει την ταυτότητα του ασθενούς, το είδος του χειρουργείου, το ανατομικό μέρος το οποίο πρόκειται να υποβληθεί σε επέμβαση, καθώς και τα δεδομένα που αφορούν την εκτίμηση της κατάστασης της υγείας του ασθενή (Repository, Z, et al. 2015).

Κατά την έξοδο του ασθενή από το χειρουργείο και της επιστροφής του στην κλινική είναι απαραίτητη η συχνή αξιολόγηση των ζωτικών σημείων, του χειρουργικού τραύματος, και της ενδοφλέβιας γραμμής, καθώς ο ασθενής είναι πολύ επιρρεπής σε διαταραχές υγρών και ηλεκτρολυτών. Η παροχέτευση του εντέρου πρέπει να αξιολογείται σχετικά με την ποσότητα και τα χαρακτηριστικά. Ο ασθενής αξιολογείται για την ύπαρξη ναυτίας. Ο εμετός ασκεί πίεση στη συρραφή του τραύματος. Πρέπει να τεκμηριώνονται τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα και να αξιολογείται το ισοζύγιο υγρών. Οι συνήθεις επεμβάσεις στο παχύ έντερο είναι μακράς διάρκειας. Η παρατεταμένη περίοδος αναισθησίας και η έκθεση του σώματος με τη σύνοδο απώλεια υγρών καθιστά τον ασθενή επιρρεπή στην ανάπτυξη καταπληξίας (shock). Η αποβολή των ούρων πρέπει να αξιολογείται τακτικά, γιατί η μειωμένη διούρηση μπορεί να αποτελεί σημείο καταπληξίας.

## 5.2 Νοσηλευτική αντιμετώπιση στη νόσο του Crohn

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη νόσο του Κρον είναι πολύπλευρος καθώς έχει να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα της νόσου, τις εξωεντερικές εκδηλώσεις αλλά και τα συναισθήματα του παιδιού και της οικογένειάς του.

Αρχικά πρότιστο μέλημα του , είναι να προβεί σε μία σειρά από ενέργειες προκειμένου να εκτιμήσει την κατάσταση του ασθενούς, ο οποίος πάσχει από την νόσο Crohn σε συνεργασία πάντοτε με τον εκάστοτε θεράποντα ιατρό. Έπειτα, ο νοσηλευτής θα κάνει προληπτικές ιατρικές εξετάσεις με στόχο την ακριβή διάγνωση της νόσου. Προκειμένου ο νοσηλευτής σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό, τον ακτινολόγο, τον μικροβιολόγο, το παθολογοανατόμο και τον αιματολόγο να χορηγήσει κάποια θεραπεία, είναι αναγκαίο αρχικά να εκτιμήσει την συνολική κατάσταση του ασθενούς και να αποκλείσει κάθε είδους αλλεργία σε πιθανόν φάρμακο( Σαχίνη, 2006).

Μετά από την εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς, ενώ έχουν εντοπιστεί επιπλοκές, όπως απόστημα, συρίγγιο ή κάποια εντερική στένωση, θα χρειαστεί κάποια χειρουργική θεραπεία. Ο νοσηλευτής, επίσης πρέπει να λαμβάνει υπόψη του την αναιμία που μπορεί να εμφανιστεί, καθώς και τις μορφές της, διότι υπάρχει ανεπάρκεια απορρόφησης B12 και φυλλικού οξέος και ο κίνδυνος είναι αρκετά μεγάλος ιδιαίτερα σε έφηβες που έχει αρχίσει ήδη η έμμηνος ρύση. Πρέπει επίσης να ληφθεί υπόψη ότι το κοιλιακό άλγος, μπορεί να δημιουργήσει και περεταίρω επιπλοκές στην υγεία του ασθενούς όπως χολολιθίαση, νεφρολιθίαση ακόμη και πεπτικό έλκος και επιβάλλεται να γίνει έγκαιρη και μεθοδευμένη αντιμετώπιση απο όλη την διεπιστημονική ομάδα.

Κατά την προεγχειρητική φροντίδα, είναι απαραίτητο ο ασθενής να έχει καλή κατάσταση θρέψης προκειμένου να μπορέσει να αντιμετωπίσει το αρνητικό ισοζύγιο αζώτου και την πλημμελή σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών, χωρίς σοβαρές συνέπειες για τον οργανισμό του ( Σαχίνη, 2006).

Επιπλέον, είναι απαραίτητη η σωστή θρέψη διότι ένας καχεκτικός ασθενής είναι ευάλωτος πάνω και έχει μικρή αντοχή πάνω στο χειρουργικό stress. Ο ασθενής επίσης είναι περισσότερο επιρρεπής στις λοιμώξεις, εξαιτίας μειωμένων αντισωμάτων και επιφανειακής ατροφίας του βλεννογόνου των αεροφόρων οδών και του γαστρεντερικού σωλήνα. Επίσης, ο προεγχειρητικός ασθενής είναι περισσότερο επιρρεπής στην αιμορραγία, εξαιτίας της χαμηλής ποσότητας πρωτεϊνών στο σώμα, κάτι το οποίο είναι αποτέλεσμα παρατεταμένου αρνητικού ισοζυγίου.

Πριν από την χειρουργική επέμβαση, είναι απαραίτητο να υπάρχει ένα χρονικό διάστημα προκειμένου να γίνει :

- Διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών
- Χορήγηση διαίτας η οποία να είναι πλούσια σε λευκώματα, θερμίδες, να είναι εύπεπτη και να είναι πλούσια σε βιταμίνες
- Σε περίπτωση αίματος, να υπάρχει δυνατότητα μετάγγισης

Έπειτα, ο νοσηλευτής, είναι αναγκαίο πριν από την επέμβαση να συμβάλλει στον καθαρισμό και στην αποβολή του εντέρου του ασθενούς. Για την πράξη αυτή, πρέπει να διενεργηθούν μία σειρά

από διαδικασίες, στις οποίες περιλαμβάνονται οι διαγνωστικές διαδικασίες, ο βαριούχος υποκλυσμός και η κολονοσκόπηση. Λίγα λεπτά πριν από το χειρουργείο, στόχος του νοσηλευτή είναι η απαλλαγή του δέρματος από τα μικρόβια χωρίς ερεθισμό ή λύση της συνέχειας του δέρματος. Ο νοσηλευτής πρέπει να ετοιμάσει το δέρμα ξυρίζοντας την περιοχή γύρω από το εγχειρητικό πεδίο (Louis, E., Mary, J., VernierMassouille, G., et al., 2012).

Μετεγχειρητικά ο νοσηλευτής πρέπει να έχει αφήσει ένα νεφροειδές για τον εμετό που είναι η παρενέργεια της νάρκωσης και να έχει ενημερώσει τον ασθενή για αποφυγή απότομων κινήσεων και επιβάρυνσης της στομίας και του τραύματος. Μια από τις ίσως σημαντικότερες ενέργειες ενός νοσηλευτή, είναι οι μετεγχειρητικές ενέργειες οι οποίες έχουν σαν σκοπό να ανακουφίσουν τον ασθενή. Σκοπός του νοσηλευτή είναι να είναι προστατευμένος ο ασθενής από τις διάφορες φάσεις της ανάνηψης, η παρακολούθηση της εξέλιξης της ασθένειας του ασθενή και οι τυχόν παρενέργειες, οι ανακούφιση του από τα ενοχλήματα, η πρόληψη τυχόν επιπλοκών που μπορούν να προκύψουν, καθώς και η βοήθεια του ασθενή προκειμένου να επανέλθει το ταχύτερο σε μία φυσιολογική κατάσταση.

Τα νέα άτομα πιο συγκεκριμένα εμφανίζονται με ιδιαίτερη αγανάκτηση απέναντι στην ασθένεια, διότι επηρεάζεται αρκετά η καθημερινότητα των ατόμων αυτών. Γιαυτό τον λόγο ο νοσηλευτής οφείλει να ενθαρρύνει τον ασθενή να εκφράσει όλες τις ανησυχίες του σχετικά με την έκβαση της νόσου, την θεραπεία του και την πρόγνωση. Επίσης οφείλει να επικοινωνήσει με την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα και να αποφασίσουν από κοινού το πλάνο φροντίδας που θα ακολουθήσει. Με την συμπαράσταση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ο ασθενής θα νοιώσει μεγαλύτερη ασφάλεια και εμπιστοσύνη σχετικά με την συνέχιση της νοσηλείας του και του πλάνου φροντίδας του.

### **5.3 Νοσηλευτική αντιμετώπιση στο ΣΕΕ**

Στόχος της διαχείρισης για τους ασθενείς που πάσχουν με ΣΕΕ είναι να αναπτυχθεί ένας απλοποιημένος αλγόριθμος που θα βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας στην καθημερινή κλινική πρακτική άσκηση, ώστε να επιτευχθεί η έγκαιρη διάγνωση του ΣΕΕ και να δοθεί προτεραιότητα στη χρήση ειδικών θεραπειών για τη στόχευση στα κυρίαρχα συμπτώματα, με αποτέλεσμα την καλύτερη δυνατή καθοδήγηση όσον αφορά τον τρόπο ενσωμάτωσης του ασθενούς στην προσέγγιση διαχείρισης της θεραπείας του.

Αρχικά, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την διάγνωση η οποία εμπεριέχει την ανάλυση των δεδομένων και την διατύπωση των αναγκών και των προβλημάτων του ασθενή. Είναι αναγκαίο να τονιστεί ότι σκοπός της νοσηλευτικής διάγνωσης είναι να βρεθεί το πρόβλημα και το αίτιο του, ώστε

να σχεδιαστεί στη πορεία η νοσηλευτική διεργασία. Κάθε αίτιο μπορεί να απαιτεί διαφορετικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις (Lahmann C, Roßhricht F, Sauer N, et al. 2010).

Το πιο σύνηθες σύμπτωμα το οποίο αναγνωρίζεται στη ΕΚ είναι η διάρροια και τα βλεννοαιματηρά κόπρανα τα οποία συνοδεύονται από μια ήπια μορφή αναιμίας. Μετά τον ενδελεχή έλεγχο και την εκτέλεση των εργαστηριακών εξετάσεων, ο νοσηλευτής ενημερώνει τον ασθενή και τους γονείς του για το στάδιο της νόσου, την πρόγνωση, τον εκπαιδεύει σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή του και την μέθοδο της θεραπείας του μετά από συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό του.

Σε περίπτωση βαριάς μορφής ΕΚ όπου η νοσηλεία στο νοσοκομείο είναι απαραίτητη ο νοσηλευτής ενημερώνει το παιδί και την οικογένεια για το πλάνο της νοσηλείας του, την θεραπεία και τον εκπαιδεύει, δείχνοντας του τεχνικές αντιμετώπισης του πόνου και των υπολοίπων συμπτωμάτων που τυχόν έχει και μείωσης του στρες. Σε περίπτωση βαριάς αιμορραγίας και διάρροιας χορηγείται ειδική νοσηλεία που περιλαμβάνει και την μετάγγιση. Σε περίπτωση χειρουργικής επέμβασης ο νοσηλευτής ενημερώνεται για τυχόν αλλεργίες του παιδιού, χορηγεί την προετοιμασία πριν το χειρουργείο, εκτελεί την προεγχειρητική ετοιμασία και δίνει τις μετεγχειρητικές οδηγίες.

Σε καθημερινό επίπεδο νοσηλείας και παρακολούθησης του ασθενούς ο νοσηλευτής οφείλει να καταγράφει τη συχνότητα, τη ποσότητα και το χρώμα των κενώσεων χρησιμοποιώντας ένα ειδικό διάγραμμα. Ακόμη, θα πρέπει να μετρούνται και να καταγράφονται όλες οι κενώσεις και τα αποβαλλόμενα υγρά. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι το είδος της διάρροιας που υπάρχει προσδιορίζει την σοβαρότητα και την μορφή της νόσου, αφού συμβάλλει στην μέτρηση της ποσότητας των υγρών που έχουν χαθεί. Έτσι ο νοσηλευτής έχει την γνώση της απώλειας των υγρών και μπορεί να βοηθήσει στην αναπλήρωσή τους. Επιπλέον, ελέγχονται από τον νοσηλευτή τα ζωτικά σημεία του ασθενούς κάθε 4 ώρες. Ειδικότερα, ελέγχεται η ταχυκαρδία, η ταχύπνοια, και ο πυρετός, τα οποία αποτελούν ενδείξεις ύπαρξης ελλείμματος όγκου υγρών. Διενεργείται, επίσης, εξέταση για τυχόν εμφάνιση αιμορραγίας στα κόπρανα και καταγράφεται καθημερινά το σωματικό βάρος του ασθενή. Η γρήγορη απώλεια του σωματικού βάρους σε μικρό χρονικό διάστημα, συνήθως, υποδηλώνει απώλεια όγκου υγρών (Benchimol, E. I., Guttman, A., et al 2009).

Επιπλέον, γίνεται αξιολόγηση και εξέταση του δέρματος, ειδικότερα ελέγχεται εάν είναι ξηρό, εάν υπάρχει κάποια πληγή ή αδυναμία. Επιπρόσθετα, γίνεται διακοπή ή περιορισμός της πρόσληψης τροφής από το στόμα, ώστε το έντερο να αποσυμφορηθεί. Η διακοπή της τροφής βοηθάει στην καλύτερη κινητικότητα του εντέρου, καθώς κατά διάρκεια ενός οξέος παροξυσμού της νόσου το έντερο μπορεί πιο εύκολα να κλείσει ιστικές βλάβες και να μειώσει την διάρροια. Ακόμη, χορηγούνται αντιφλεγμονώδη και αντιδιαρροϊκά φάρμακα, σύμφωνα με τις οδηγίες. Τα αντιφλεγμονώδη φάρμακα μειώνουν τη βαρύτητα της φλεγμονής του εντέρου και την διάρροια. Όταν χορηγούνται αντιδιαρροϊκά φάρμακα, θα πρέπει να παρακολουθείται στενά για εκδηλώσεις

τοξικού μεγάκολου (πυρετός, ταχυκαρδία, υπόταση, αφυδάτωση, πόνος στην κοιλιά ή κολικοειδής άλγη και αιφνίδια υποχώρηση της διάρροιας)(Acosta, 2013).

Σε γενικές γραμμές ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την παρακολούθηση για τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες μετά την χορήγηση των φαρμάκων οι οποίες περιλαμβάνουν δερματικά εξανθήματα ,κνίδωση,πυρετό,χαμηλή τιμή αιμοσφαιρίνης και αιματοκρίτη και αιμορραγία ή εύκολο μωλωπισμό σε εμφανή σημεία του σώματος του παιδιού. Σε περίπτωση εμφάνισης οποιασδήποτε ανεπιθύμητης ενέργειας,ο γονέας έχει ενημερωθεί ώστε να το αναφέρει στον νοσηλευτή και ο ίδιος να ενημερώσει τον θεράποντα ιατρό.

Τέλος, εξαιτίας της διάρροιας προκαλούνται εξελκώσεις και κατακλίσεις στο σημείο της περιπρωκτικής περιοχής γεγονός που πρέπει να θέτει τον νοσηλευτή σε επαγρύπνηση για τον τακτικό έλεγχο της περιοχής και της περιποίησης του είτε τοποθετώντας προστατευτική κρέμα, όπως σκευάσματα με βάση το οξείδιο του ψευδαργύρου, είτε φυτικά εκχυλίσματα του εμπορίου.

Σε βαριά περιστατικά ΕΚ ,συγκεκριμένα το 20% των ασθενών χρειάζονται χειρουργική επέμβαση η οποία είναι συνήθως η ολική κολεκτομή με ειλεοθηκική πρωκτική αναστόμωση, είναι δυνατόν να προκληθεί σε επίπεδο ψυχολογικό, διαταραχή της εικόνας του σώματος στον έφηβο αλλά και στο παιδί μικρότερης ηλικιακής ομάδας (Benchimol, E., Fortinsky, K., 2010).

Συνεπώς είναι αναγκαίο από τους νοσηλευτές να δείχνουν ότι αποδέχονται τα συναισθήματα και την αντίληψη που έχει ο ασθενής για τον εαυτό του. Η απόρριψη των αντιλήψεων του ασθενούς παρεμποδίζει τη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης με αυτόν. Ενθαρρύνουν τη συζήτηση με τον ασθενή για τις απορίες που πιθανόν έχει για τη μετέπειτα πορεία της θεραπείας του και τις ανησυχίες του. Με αυτό τον τρόπο επιδεικνύεται η αποδοχή, δίνοντας στον ασθενή τη δυνατότητα να εκφράσει την επίδραση που έχει στη ζωή του η νόσος και η θεραπεία. Συζητούν ανοικτά και με ειλικρίνεια τις πιθανές θεραπευτικές επιλογές και τις συνέπειες τους. Η ανοικτή συζήτηση δίνει τη δυνατότητα για τη λήψη αποφάσεων μετά από πλήρη ενημέρωση του ασθενούς.

Η Ενθάρρυνση του ασθενή να συμμετέχει στη φροντίδα του, εκπαιδύοντας τον και επιδεικνύοντας τις απαραίτητες διαδικασίες, ανάλογα με τις ανάγκες είναι ένα μείζον θέμα που απασχολεί το νοσηλευτικό προσωπικό . Με τον τρόπο αυτό διευκολύνεται η συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων και νιώθει και το ίδιο το παιδί υπεύθυνο για την πορεία . Φροντίζουν ο ασθενής να έρθει σε επαφή με άλλους ασθενείς ή ομάδες ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου ή με άτομα που φέρουν στομίες.Γεγονός που ρυθμίζεται στον νοσοκομειακό χώρο ιδιαίτερα απο το έργο των κοινωνικών λειτουργών και της ομάδας των ψυχολόγων. Ο ασθενής μπορεί να αισθάνεται ότι κάποιος που δεν έχει βιώσει το πρόβλημα του δεν μπορεί να καταλάβει τα συναισθήματα του. Ιδιαίτερα σε εφήβους όπου το επίπεδο συνεννόησης και αντίληψης είναι καλύτερο , γίνονται ακόμη

και ενημερωτικές ομιλίες απο άτομα συνομήλικα που αντιμετωπίζουν αυτό το χρόνιο πρόβλημα . Εκπαιδεύουν τον ασθενή σε στρατηγικές αντιμετώπισης του προβλήματος (έλεγχος οσμών, τροποποίηση δίαιτας, κλπ.) και ενθαρρύνουν την εφαρμογή τους. Με τον τρόπο αυτό διευκολύνεται η σταδιακή προσαρμογή του ασθενούς στην πραγματικότητα της νόσου του .

Σχετικά με την ίδια την χειρουργική επέμβαση στην ΕΚ ,μετά την αφαίρεση ενός τμήματος του παχέος εντέρου, είναι η διαδικασία κατά την οποία πραγματοποιείται η ειλεοπρωκτική αναστόμωση με ταυτόχρονη δημιουργία νεορθού (ileal pouch). Αξίζει να αναφερθεί ότι, αυτή η χειρουργική μέθοδος, εξαλείφει εντελώς την ανάγκη κολοστομίας. Συγκεκριμένα, ο χειρουργός κατασκευάζει μια «σακούλα» από το τελικό τμήμα του λεπτού εντέρου, η οποία ονομάζεται νεορθό και στη συνέχεια αναστομώνεται απευθείας στον πρωκτό.

Απαιτείται τόσο η παρακολούθηση της στομίας και η φροντίδα απο τον νοσηλευτή όσο και η ενημέρωση του ασθενή και των μελών της οικογένειας σχετικά με την αξιολόγηση της στομίας και την ήπια μεταχείριση της .Καθώς δεν υπάρχουν υποδοχείς πόνου στη στομία είναι συνηθισμένο να τραυματίζεται η περιοχή χωρίς να τον αντιλαμβάνεται ο ασθενής.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Για πρώτη φορά τον όρο «νοσηλευτική διεργασία» χρησιμοποίησε η Lydia Hall το 1955, σε μια διάλεξή της στις ΗΠΑ, περιγράφοντας τρία στάδια : παρατήρηση, εφαρμογή παρεμβάσεων και τεκμηρίωση. Από τους πρώτους επίσης νοσηλευτές που χρησιμοποίησαν τον όρο στις θεωρίες τους για να αναφερθούν σε μια σειρά από φάσεις (στάδια) που περιγράφουν τη Νοσηλευτική Διεργασία, ήταν οι Johnson (1959), Orlando (1961) και Wiedenbach (1963). Από τότε, πολλοί νοσηλευτές έχουν περιγράψει τη νοσηλευτική διεργασία και έχουν προσδιορίσει τις φάσεις με διαφορετικούς τρόπους . Οι Gioura και Walsh το 1967 ανέφεραν για πρώτη φορά τα βήματα της νοσηλευτικής διεργασίας ως εξής: Αξιολόγηση, σχεδιασμός, εφαρμογή και εκτίμηση. Το 1974, μετά την πρώτη συνάντηση της ομάδας που σήμερα ονομάζεται Βόρειο -Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτικής Διάγνωσης (NANDA), η νοσηλευτική διάγνωση προστέθηκε ως ξεχωριστό και διαφορετικό στάδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας. Πριν από αυτό, η νοσηλευτική διάγνωση είχε συμπεριληφθεί στο πρώτο στάδιο, την αξιολόγηση. Τα βήματα της νοσηλευτικής διεργασίας τροποποιήθηκαν και είναι : Αξιολόγηση, νοσηλευτική διάγνωση, προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας, εφαρμογή και εκτίμηση. Κατά τα τέλη της δεκαετίας του 80', αρχές 1990, η NANDA αναθεώρησε τα πέντε στάδια και καθιέρωσε και 6<sup>ο</sup> στάδιο (διαχώρισε το στάδιο του σχεδιασμού σε δύο) και ως εκ τούτου η νοσηλευτική διεργασία δημιουργήθηκε από τα παρακάτω στάδια: αξιολόγηση, νοσηλευτική διάγνωση, προσδιορισμός αναμενόμενων εκβάσεων, σχεδιασμός, εφαρμογή και εκτίμηση αποτελεσμάτων.

Επιπλέον, η ολοκληρωμένη χρήση των γνωστικών, διαπροσωπικών και ψυχοκινητικών δεξιοτήτων στη φροντίδα του ασθενούς είναι βασική για την άσκηση της επαγγελματικής Νοσηλευτικής. Δυστυχώς, φαίνεται ότι υπάρχει η αντίληψη ότι η διαδικασία της νοσηλευτικής Διεργασίας είναι επιθυμητή και θα πρέπει να χρησιμοποιείται εξατομικευμένα, αλλά είναι πολύ χρονοβόρα για να είναι πρακτική. Αν δεν έχει αναγνωριστεί η αξία της, δεν χρησιμοποιείται και πολλοί νοσηλευτές συνεχίζουν να παρεμβαίνουν με τη χρήση τυποποιημένων διαδικασιών που βασίζονται περισσότερο στις ιατρικές διαγνώσεις, παρά σε μια λογική και επιστημονική βάση που αναφέρεται στην αξιολόγηση, τη νοσηλευτική διάγνωση, το σχεδιασμό, την εφαρμογή και την ανατροφοδότηση της αξιολόγησης. Ο ορισμός της νοσηλευτικής διεργασίας έχει ειπωθεί από πολλούς συγγραφείς βάση



των οποίων μπορούμε να καταλήξουμε ότι η νοσηλευτική διεργασία μπορεί να ορισθεί ως μια συστηματική και δυναμική διαδικασία ή ένα σύνολο ενεργειών που εστιάζεται σε στόχους και δραστηριότητες, οι οποίες είναι αλληλένδετες μεταξύ τους, χρησιμοποιείται από το νοσηλευτή έτσι ώστε να καθορίσει, να σχεδιάσει και να εφαρμόσει εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα για τον κάθε ασθενή, η οποία στοχεύει στην επίτευξη των στόχων. Η διαδικασία της νοσηλευτικής διεργασίας είναι κυκλική και συνεχής διαδικασία που μπορεί να καταλήξει στο τελευταίο στάδιο, εάν το πρόβλημα έχει επιλυθεί. Η διαδικασία της νοσηλευτικής Διεργασίας υπάρχει για κάθε πρόβλημα ή/και κατάσταση του ατόμου, οικογένειας, ομάδας, κοινότητας, εστιάζει όχι μόνο σε τρόπους για να βελτιώσουν τις φυσικές ανάγκες, αλλά και τις κοινωνικές, συναισθηματικές καθώς και πνευματικές ανάγκες τους. Η όλη διαδικασία καταγράφεται (τεκμηριώνεται) προκειμένου να ενημερώσει όλα τα μέλη της ομάδας υγείας. Αποτελεί το βασικό πυρήνα της νοσηλευτικής πρακτικής για να παρέχει ολιστική και εξατομικευμένη φροντίδα στον ασθενή, που θα έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα (Ackley & Lagwig, 2013; Alfaro, 2013; Burns et al., 2010; Herdman, 2011; Wilkinson, 2012).

Η νοσηλευτική διεργασία περιλαμβάνει τα ακόλουθα 5 στάδια:

1. Αξιολόγηση των αναγκών του ατόμου και των πόρων για την νοσηλευτική φροντίδα
2. Νοσηλευτική διάγνωση
3. Προγραμματισμός (σχεδιασμός) για την ικανοποίηση των αναγκών που εντοπίστηκαν
4. Εφαρμογή της προβλεπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας (το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας)
5. Εκτίμηση των αποτελεσμάτων και της ανατροφοδότησης (feedback)

Πιο συγκεκριμένα:

- **Αξιολόγηση** της γενικότερης κατάστασης του ασθενή. Πρόκειται για το πρώτο βήμα της διαδικασίας. Η αξιολόγηση περιγράφεται ως μια συνεχής, συστηματική δραστηριότητα που περιλαμβάνει τις δεξιότητες της παρατήρησης και της επικοινωνίας. Ο σκοπός της αξιολόγησης είναι να προσδιορίσει τις συγκεκριμένες ανάγκες για την νοσηλευτική φροντίδα ενός ατόμου ή της οικογένειας και των πόρων που διατίθενται για την κάλυψη των αναγκών αυτών. Η αρχική αξιολόγηση περιλαμβάνει ιδανικά ένα λεπτομερές ιστορικό, όπου το άτομο ενθαρρύνεται, όπου είναι δυνατόν, να καταθέσει τις απόψεις του και να περιγράψει τις ανάγκες του. Οι πληροφορίες που συλλέχτηκαν στη συνέχεια αναλύονται και αποτελούν τη βάση για τον καθορισμό των αναγκών του ατόμου και τις προτεραιότητες για τη φροντίδα. Οι πληροφορίες που λαμβάνονται μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως βασική γραμμή έναντι της οποίας οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφορίας ή μεταβολής στην κατάσταση της υγείας του

διαβητικού παιδιού μπορεί να μετρηθεί. Η αξιολόγηση περιλαμβάνει όχι μόνο σωματικά και οργανικά δεδομένα, αλλά και ψυχολογικά, κοινωνικοπολιτισμικά, πνευματικά, οικονομικά καθώς και τον τρόπο ζωής. Για παράδειγμα, η αξιολόγηση ενός νοσηλευτή σε ένα (νοσοκομειακό) ασθενή που έχει πόνο, περιλαμβάνει όχι μόνο τις φυσικές αιτίες και τις εκδηλώσεις του πόνου, αλλά την ανταπόκριση του πόνου, την αδυναμία του ασθενούς να σηκωθεί από το κρεβάτι, η άρνηση να φάει, η απομόνωση από τα μέλη της οικογένειας, ο θυμός που συνήθως εκδηλώνεται στο προσωπικό του νοσοκομείου, ο φόβος, ή το αίτημα για διευθέτηση του πόνου. Η συλλογή πληροφοριών είναι πολύ σημαντική. Είναι ο οδοδείκτης για οποιαδήποτε περαιτέρω ενέργεια. Η λάθος πληροφόρηση οδηγεί σε ακατάλληλη (λανθασμένη) ενέργεια. Η ελλιπής πληροφόρηση οδηγεί σε ανεπαρκή νοσηλευτική δράση. Είναι σημαντικό η αξιολόγηση να γίνεται με συστηματικό τρόπο μέσω της επιλογής και της χρήσης του κατάλληλου πλαισίου.

- Νοσηλευτική Διάγνωση:** Αποτελεί το δεύτερο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας. Είναι μια κλινική κρίση για την ανταπόκριση του ατόμου, της οικογένειας ή της κοινότητας για τα πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα υγείας του παιδιού. Βασίζεται στην παρατήρηση και περιγράφει ένα πρόβλημα υγείας και παρέχει τις βάσεις για την επιλογή της νοσηλευτικής παρέμβασης. Περιλαμβάνει την ανάλυση των δεδομένων και τη διαπίστωση των αναγκών και προβλημάτων που υπάρχουν. Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις αντιπροσωπεύουν την κλινική κρίση του νοσηλευτή σχετικά με τα πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα υγείας που συμβαίνουν στο άτομο, την οικογένεια, την ομάδα ή την κοινότητα. Η ακρίβεια της νοσηλευτικής διάγνωσης επικυρώνεται όταν ένας νοσηλευτής είναι σε θέση να προσδιορίσει με σαφήνεια και να συνδέσει τα καθοριστικά χαρακτηριστικά, που σχετίζονται με τους παράγοντες κινδύνου που βρέθηκαν στο πλαίσιο της νοσηλευτικής αξιολόγησης. Η διάγνωση αντιστακτά όχι μόνο ότι ο ασθενής είναι σε πόνο ή σύγχυση, αλλά ότι ο πόνος έχει προκαλέσει άλλα προβλήματα, όπως κακή διατροφή, άγχος και συγκρούσεις μέσα στην οικογένεια ή έχει τη δυνατότητα να προκαλέσει επιπλοκές.
- Σχεδιασμός (προγραμματισμός) νοσηλευτικής φροντίδας:** Ο προγραμματισμός είναι το τρίτο από τα πέντε στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας. Είναι μια σειρά από βήματα μέσω της οποίας ο νοσηλευτής και ο ασθενής θέτουν προτεραιότητες και στόχους από κοινού προκειμένου να επιλύσουν τα προβλήματα/ανάγκες που έχουν διαπιστωθεί. Σε συμφωνία με τον ασθενή, ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει κάθε ένα από τα προβλήματα που εντοπίστηκαν στη νοσηλευτική διάγνωση. Όταν υπάρχουν πολλαπλές (νοσηλευτικές) διαγνώσεις που πρέπει να αντιμετωπισθούν, ο νοσηλευτής ιεραρχεί αυτές που θα λάβουν

πρώτα τη μεγαλύτερη προσοχή, ανάλογα με τη σοβαρότητά και την βαρύτητά τους, και τις δυνατότητες για την πρόκληση σοβαρότερων επιπλοκών. Για κάθε πρόβλημα θέτει ένα μετρήσιμο στόχο. Για κάθε στόχο, ο νοσηλευτής επιλέγει νοσηλευτικές παρεμβάσεις που θα βοηθήσουν στην επίτευξη του στόχου. Το αποτέλεσμα αυτής της φάσης είναι ένα σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας.

- **Εφαρμογή:** Η εφαρμογή είναι το τέταρτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας. Εφαρμογή ορίζεται ως η διεξαγωγή παρεμβάσεων που κατευθύνονται προς την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων. Αυτές οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν τις ενέργειες που πραγματοποιεί ο νοσηλευτής για τον ασθενή, προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι της φροντίδας. Σε αυτό το στάδιο το συμφωνημένο σχέδιο φροντίδας τίθεται σε δράση, ενώ τα πέντε στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας συγκλίνουν ως ένα δυναμικό σύνολο κατά τη διάρκεια εφαρμογής του σχεδίου φροντίδας.

Τα συστηματικά βήματα που εμπλέκονται στην εφαρμογή του σχεδίου περίθαλψης είναι:

1. Συντονισμός και διεξαγωγή της νοσηλευτικής φροντίδας, σύμφωνα με το συμφωνημένο σχέδιο φροντίδας. Ο νοσηλευτής υλοποιεί το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας, εκτελώντας συγκεκριμένες παρεμβάσεις που επιλέχθηκαν για να συμβάλει στην επίτευξη των στόχων που είχαν καθοριστεί. Η ανάθεση καθηκόντων και η παρακολούθηση αυτών περιλαμβάνεται σε αυτό το στάδιο.
  2. Καταγραφή της προγραμματισμένης περίθαλψης έτσι ώστε να επιτυγχάνουμε συνέχεια της φροντίδας για τον ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Δεδομένου ότι η καταγραφή ενός σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας εξαρτάται από την ποιότητα της αξιολόγησης των αναγκών, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις εξαρτώνται από την ποιότητα του σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας.
- **Εκτίμηση:** Πρόκειται για το τελευταίο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας. Ο νοσηλευτής εκτιμά την πρόοδο προς την επίτευξη των στόχων που επισημαίνονται στα προηγούμενα στάδια. Αν η πρόοδος προς το στόχο δεν έχει επιτευχθεί ή αν είναι αργή, ή αν υπάρξουν επιπλοκές, ο νοσηλευτής πρέπει να αλλάξει το σχέδιο της φροντίδας ανάλογα με τα αποτελέσματα. Αν ο στόχος επιτευχθεί, η νοσηλευτική διεργασία καταλήγει για την συγκεκριμένη ανάγκη/πρόβλημα. Τόσο η κατάσταση του ασθενούς καθώς και η αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής φροντίδας θα πρέπει να εκτιμώνται συνεχώς, και το σχέδιο φροντίδας να τροποποιείται ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ασθενή. Η συστηματική εκτίμηση πραγματοποιείται σκόπιμα και συνειδητά.

Πρόκειται για την ίδια διαδικασία της κριτικής σκέψης που χαρακτηρίζει κάθε στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας. Οι δεξιότητες της παρατήρησης, συνέντευξης, φυσικής εξέτασης και μετρήσεων (ζωτικά σημεία, κ.ά.) που χρησιμοποιούνται στην αξιολόγηση, επίσης, χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση κατά πόσον ή όχι τα προγραμματισμένα αποτελέσματα της φροντίδας έχουν εκπληρωθεί. Η διαδικασία της εκτίμησης είναι απαραίτητη για την ολοκλήρωση της συστηματικής διαδικασίας, έτσι ώστε ο νοσηλευτής και ο ασθενής να μπορούν να επανεξετάσουν την πρόοδο του ατόμου, την επίτευξη ή όχι των επιθυμητών αποτελεσμάτων, την ανάγκη για περαιτέρω περίθαλψη όπως επίσης και τυχόν απροσδόκητα αποτελέσματα ή ανικανοποίητες ανάγκες που δεν συμπεριελήφθησαν κατά την αξιολόγηση (Ackley & Lagwig, 2013; Alfaro, 2013; Burns et al., 2010; Herdman, 2011; Wilkinson, 2012).

**ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### 6.1 Κλινικό περιστατικό 1

Κορίτσι , ασθενής 13 ετών, εισήλθε στα ΤΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Πύργου στις 3/8/2019 ,3:30 π.μ με έντονη βλεννοαιματηρή διάρροια και απώλεια βάρους 4 κιλών τις τελευταίες δύο εβδομάδες και έντονο άγχος . Ελήφθη το ιστορικό ,έγινε φυσική εξέταση από το γαστρεντερολόγο και όλες οι απαραίτητες εξετάσεις. Με εντολή του γαστρεντερολόγου, ο ασθενής υποβλήθηκε σε κολonosκόπηση και βιοψία . Από το αποτέλεσμα των διαγνωστικών εξετάσεων διαπιστώθηκε ότι η ασθενής πάσχει από ελκώδη κολίτιδα.

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Σχεδιασμός Φροντίδας	Εφαρμογή Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
1. Βλεννοαιματηρή διάρροια.	Βλεννοαιματηρή διάρροια που έχει σχέση με την φλεγμονή του εντέρου.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Χορήγηση ρασεκαδοτρίλης κατόπιν ιατρικής οδηγίας.</li> <li>✓ Μέτρηση ηλεκτρολυτών</li> <li>✓ Μέτρηση ισοζυγίου υγρών.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Χορηγήθηκε ρασεκαδοτρίλη κατόπιν ιατρικής οδηγίας στην ασθενή.</li> <li>✓ Έγινε έλεγχος των ηλεκτρολυτών μέσω των εργαστηριακών αποτελεσμάτων και χορηγήθηκε ορός Ringers εμπλουτισμένος με KCL κατόπιν εντολή του θεράποντα ιατρού.</li> <li>✓ Έγινε μέτρηση των αποβαλλόμενων και προσλαμβανόμενων υγρών ανά 3 ώρες .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Η βλεννοαιματηρή διάρροια υποχώρησε.</li> <li>✓ Οι τιμές των ηλεκτρολυτών επανήλθαν στα φυσιολογικά όρια .</li> <li>✓ Διατηρήθηκε σταθερό το ισοζύγιο υγρών.</li> </ul>
2. Απώλεια βάρους.	Απώλεια βάρους που έχει σχέση με την κακουχία.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Χορήγηση βιταμινών και ενδοφλέβιων σκευασμάτων για την ενίσχυση της θρέψης της ασθενούς.</li> <li>✓ Μέτρηση του σωματικού βάρους.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Χορηγήθηκαν βιταμίνες και ενδοφλέβια σκευάσματα για την ενίσχυση της θρέψης κατόπιν εντολής του θεράποντα ιατρού.</li> <li>✓ Πραγματοποιήθηκε καθημερινό πρωινό ζύγισμα της ασθενούς και καταγραφή στο διάγραμμα της.</li> </ul>	<p>Η ασθενής ανέκτησε τα 3 κιλά που είχε χάσει και επανήλθε στο φυσιολογικό της σωματικό βάρος .</p>

3. Άγχος	<p>Άγχος σχετιζόμενο με την διάγνωση, το σχέδιο θεραπείας και την πρόγνωση.</p>	<p>Μείωση του στρες και βελτιωμένη ικανότητα αντιμετώπισης της κατάστασης.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ενημερώθηκε σχετικά με την ασθένεια, τον τρόπο αντιμετώπισης και θεραπείας της τόσο στην ίδια την ασθενή όσο και στην οικογένεια της.</li> <li>✓ Έγινε συνεννόηση με την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα των ψυχολόγων και των κοινωνικών λειτουργών για διεξαγωγή συνεδριών με την ασθενή.</li> <li>✓ Έγινε συζήτηση μεταξύ της υπόλοιπης οικογένειας και των επαγγελματιών υγείας με στόχο την ψυχολογική υποστήριξη τους.</li> <li>✓ Έγινε ενημέρωση και καθοδήγηση τρόπων αντιμετώπισης του άγχους τόσο στην ίδια την ασθενή όσο και την οικογένεια της.</li> <li>✓ Ενθαρρύνθηκε η ασθενής και η οικογένεια της να εκφράσει λεκτικά πιθανές ανησυχίες της για την ασθένεια και το πλάνο φροντίδας της.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Η ασθενής εμφανίστηκε πιο χαλαρή μετά την συζήτηση με την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα.</li> <li>✓ Η ασθενής ανέφερε στην μητέρα της ότι αισθάνεται λιγότερο άγχος για το πλάνο φροντίδας της και την ίδια την ασθένειά της.</li> </ul>
----------	---	--	--	---



## 6.2 Κλινική περίπτωση 2

Άνδρας ασθενής , 17 ετών εισήλθε στα ΤΕΠ στο Γενικό Νοσοκομείο Πύργου στις 2/9/2020 στις 9.30 π.μ με έντονο κοιλιακό άλγος και πυρετική κίνηση 38,3°c .Ανέφερε επίσης στον εφημερεύοντα ιατρό ότι ο πόνος υπεισέρχεται κυρίως μετά το γεύμα και αποχωρεί μετά την κένωση του εντέρου.Η έναρξη των συμπτωμάτων σημειώνεται προ 2ετίας με διαλείποντα χαρακτήρα .Ο ασθενής παραπονέθηκε για την κατάσταση του και δήλωσε άρνηση να δεχτεί την εικόνα του και την κατάσταση της υγείας του σε σχέση με τους άλλους εφήβους. Μετά τον διαγνωστικό και απεικονιστικό έλεγχο διαγνώστηκε με νόσο του Crohn στο ανιόν κόλον κατιόν και στο πρωκτό.

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Σχεδιασμός Φροντίδας	Εφαρμογή Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
1. Κοιλιακό άλγος	Κοιλιακό άλγος σχετιζόμενο με την φλεγμονή του εντέρου.	Χορήγηση αναλγητικών ενδοφλεβίως για μείωση του πόνου σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.	Χορηγήθηκε ενδοφλεβίως παρακεταμόλη κατόπιν οδηγίας του θεράποντα ιατρού.	Ο ασθενής ανταποκρίθηκε θετικά στην αγωγή με παρακεταμόλη και ανέφερε ότι σταμάτησε να πονάει.
2. Πυρετός 38,3°C	Πυρετός σχετιζόμενος με την φλεγμονή του εντέρου.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Χορήγηση ενδοφλεβίως αναλγητικής, αντιπυρετικής αγωγής κατόπιν ιατρικής οδηγίας.</li> <li>✓ Εφαρμογή δροσερών κομπρεσών στο μέτωπο και στα άκρα του ασθενούς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Έγινε η χορήγηση ενδοφλεβίως παρακεταμόλης κατόπιν ιατρικής οδηγίας.</li> <li>✓ Τοποθετήθηκαν δροσερές κομπρέσες στο μέτωπο και στα άκρα του ασθενούς και ανά τακτά χρονικά διαστήματα ανανεώθηκαν με καινούργιες.</li> </ul>	Ο ασθενής εμφανίστηκε απύρετος.
3. Διαταραχή εικόνας σώματος	Διαταραχή εικόνας σώματος σχετιζόμενη με τη διαδικασία	✓ Αξιολόγηση της τρέχουσας αντίληψης του ασθενούς για τον εαυτό του και αποδοχή της	✓ Αξιολογήθηκε η τρέχουσα αντίληψη του ασθενούς για τον εαυτό του.	✓ Ο ασθενής συνειδητοποίησε ότι δεν είναι το μόνο άτομο που

<p>της νόσου και της χειρουργικής επέμβασης.</p>	<p>παρούσης κατάστασής του.</p> <p>✓ Διασφάλιση ενός άνετου περιβάλλοντος επικοινωνίας μεταξύ όλης της διεπιστημονικής ομάδας και του ασθενούς .</p>	<p>✓ Επιτεύχθηκε συζήτηση με όλη την διεπιστημονική ομάδα για όλες του τις ανησυχίες για την επέμβαση και την έκβαση της.</p>	<p>αντιμετωπίζει αυτό το πρόβλημα.</p>
	<p>✓ Συννενόηση και συνεργασία με τους κλινικούς ψυχολόγους ώστε να έρθει σε επαφή ο ασθενής με κάποιον που έχει ήδη την ασθένεια αυτή.</p>	<p>✓ Ενθαρρύνθηκε ψυχολογικά ο ασθενής και μίλησε για τον τρόπο με τον οποίο η ασθένεια έχει επηρεάσει τις σχέσεις.</p>	<p>✓ Εξέφρασε αποδοχή της εικόνας του σώματος του και της γενικότερης κατάστασης του.</p>
		<p>✓ Ο ασθενής ήρθε σε επαφή με συνομήλικο του άτομο και αντάλλαξαν ανησυχίες για την ασθένεια που αντιμετωπίζουν .</p>	

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι ΙΦΝΕ είναι χρόνιες, ιδιοπαθείς, φλεγμονώδεις καταστάσεις που επιδρούν πρώτιστα στην ανθρώπινη γαστρεντερική οδό. Μπορεί επίσης να έχουν δυνητικά σοβαρές εκδηλώσεις εκτός του εντέρου, συμπεριλαμβανομένου του δέρματος, των αρθρώσεων, του ήπατος και των ματιών. Θεωρούνται χρόνιες και συνήθως το 8 έως 25% των περιπτώσεων έχουν την εμφάνισή τους κατά την παιδική ηλικία ή την εφηβεία και εμφανίζονται με αυξημένη συχνότητα στις ηλικίες μεταξύ 8 έως 15 ετών (Aardoom et al, 2019).

Επιδημιολογικά, η συχνότητα της ΙΦΝΕ φαίνεται τα τελευταία χρόνια να αυξάνει και στον παιδικό πληθυσμό. Η αιτιολογία της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου παραμένει άγνωστη, αλλά περιβαλλοντικοί και γενετικοί παράγοντες κατέχουν σημαντικό ρόλο στην παθογένεσή της (Κανακούδη – Τσακαλίδου και συν, 2017).

Ο στόχος της θεραπευτικής αγωγής είναι η ύφεση και συμπτωματική βελτίωση της υγείας του παιδιού.

Αξίζει να αναφερθεί ότι ένα μεγάλο μέρος της θεραπείας για την ΙΦΝΕ σε παιδιά και εφήβους επικεντρώνεται και στη διατροφή, και μέχρι σήμερα, έχουν προταθεί διαφορετικές διατροφικές παρεμβάσεις με σκοπό τη μείωση των συμπτωμάτων και τη βελτίωση της κλινικής πορείας των ασθενών (Lee et al, 2018).

Σκοπός των επαγγελματιών υγείας είναι η βελτίωση της ποιότητας υγείας του παιδιού και η άμεση αποκατάσταση της υγείας του ώστε να λειτουργεί αρμονικά με το υπόλοιπο σύνολο και να συνεχίσει τις δραστηριότητες της καθημερινότητας του.

Το χρόνιο νόσημα επιδρά τόσο στο παιδί, σε κάθε στάδιο της ανάπτυξής του, όσο και στην οικογένειά του σαν ολότητα αλλά και σε κάθε μέλος αυτής ξεχωριστά. Οι επιδράσεις αυτές αφορούν στην βιο-ψυχο-κοινωνική συμπεριφορά του παιδιού, καθώς και της οικογένειάς του. Για την πιο ανώδυνη αντιμετώπιση αυτών των επιδράσεων, καθοριστικό ρόλο παίζει η παρουσία του νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και των λοιπών επαγγελματιών υγείας. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο απώτερος στόχος της θεραπευτικής προσέγγισης είναι η ανακούφιση των συμπτωμάτων, η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς, η αποκατάσταση της σωματικής ανάπτυξης, η μείωση των ανεπιθύμητων παρενεργειών που προκαλούνται από τα φάρμακα και η πρόληψη άλλων επιπλοκών της θεραπείας.

Επίσης τεράστια σημασία έχει κατά τη θεραπεία παιδιών και εφήβων που πάσχουν από ΙΦΝΕ, ο γιατρός να δώσει προσοχή στην παρακολούθηση των επιδράσεων της νόσου στο βάρος, στην ανάπτυξη, στην υγεία των οστών, καθώς και στη ψυχοκοινωνική κατάσταση του παιδιού. Τέλος, προτείνεται στο μέλλον να διερευνηθούν περισσότερες κλινικές παράμετροι που σχετίζονται με την πορεία της ΙΦΝΕ, ώστε να εντοπιστεί η καλύτερη δυνατή θεραπευτική αντιμετώπιση τους.

Λόγω του ότι οι παθήσεις είναι εφ' όρου ζωής, δεν υπάρχει ολική θεραπευτική αντιμετώπιση αλλά ανακούφιση των συμπτωμάτων για ένα χρονικό διάστημα, μείωση παρενεργειών έτσι ώστε να υπάρχει όσο το δυνατόν γίνεται φυσιολογική ποιότητα ζωής των ασθενών. Αυτό ισχύει και για τις δύο νόσους όμως στην ελκώδη κολίτιδα όταν η νόσος είναι ήπια έως μέτρια υπάρχει θεραπεία που διατηρεί την ύφεση της νόσου. Αυτό επιτυγχάνεται με την χρήση 5-ASA (5 – αμινοσαλικυλικό οξύ), στους ασθενείς που χρειάζονται συνεχή θεραπεία για να διατηρηθεί η ύφεση.

Σε μερικά άτομα, εκτός από το γαστρεντερολογικό σύστημα, προσβάλλονται και άλλα μέρη του σώματος, με τις προσβολές αυτές να είναι γνωστές ως εξωεντερικές εκδηλώσεις. Σε μερικές περιπτώσεις, οι εξωεντερικές εκδηλώσεις προηγούνται της νόσου, όμως στις περισσότερες περιπτώσεις συνυπάρχουν με μια ή περισσότερες επιπλοκές. Ως συνήθως εμφανίζονται με μορφή αρθρίτιδας, πρόβλημα στα μάτια ή στο δέρμα, με πιο σοβαρές και θανατηφόρες την θρόμβωση και την πνευμονική εμβολή.

Σύνηθες γεγονός είναι τα παιδιά και οι έφηβοι μετά την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων των εξετάσεων τους από το θεράποντα ιατρό αρνούνται να δεχτούν την διάγνωση. Και εξαιτίας αυτού αλλά και των υποτροπών σε συνδυασμό με τα συμπτώματα και τις επιπλοκές που είναι δυνατόν να προκύψουν και λόγω της χρονιότητας των νόσων, ο ασθενής παρουσιάζει ψυχικές διαταραχές. Αυτό είναι ένα σοβαρό πρόβλημα που χρήζει αντιμετώπισης από ειδική ομάδα ιατρών και νοσηλευτών. Κάποιοι ασθενείς μπορεί να χρήζουν φαρμακευτικής αγωγής με χορήγηση αντικαταθλιπτικών και αγχολυτικών, όπως και ψυχοθεραπεία.

Επιπρόσθετα, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός όσο αφορά την υποστήριξη του ασθενούς, από την εισαγωγή του μέχρι το εξιτήριο του. Αρχικά, με την εισαγωγή του ασθενούς, ο νοσηλευτής λαμβάνει το ιστορικό του ασθενή και αξιολογεί τις εκδηλώσεις της νόσου (πόνος, ναυτία), αξιολογεί την διάρκεια των συμπτωμάτων και τις τροφές που προσλαμβάνει. Εξετάζει τα ζωτικά σημεία και την στομία εάν υπάρχει. Στις εξετάσεις που υποβάλλεται ο ασθενής, ο νοσηλευτής είναι δίπλα προσπαθώντας να τον ηρεμήσει και να του δίνει τις σωστές οδηγίες για τις εξετάσεις. Στη συνέχεια, ο ασθενής περνάει στο στάδιο της θεραπείας όπου δίπλα του βρίσκεται ο νοσηλευτής, ο οποίος έχει μεγάλη ευθύνη αφού θα πρέπει να είναι σε θέση να γνωρίζει την διαδικασία. Ξεκινάει με τη διατροφική αγωγή όπου ο νοσηλευτής βρίσκεται δίπλα στον ασθενή και αξιολογεί για τυχόν παρενέργειες της αγωγής εάν έχει εφαρμοστεί παρεντερική σίτιση στον ασθενή αλλά και να τον ενημερώνει για πιθανές αλλαγές. Υπάρχει μεγάλη πιθανότητα η διατροφική αγωγή

να μην είναι αποτελεσματική και ο ασθενής πρέπει να προβεί σε φαρμακευτική αγωγή. Σε αυτή την περίπτωση, ο νοσηλευτής που αναλαμβάνει τη θεραπεία του ασθενούς πρέπει να είναι εξοικειωμένος με τα φάρμακα που θα χορηγήσει στον ασθενή, ενημερωμένος για τις πιθανές παρενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν και εκπαιδευμένος για την αντιμετώπιση των παρενεργειών των φαρμάκων αλλά και την άρνηση του παιδιού να συνεργαστεί μαζί του.

Στην περίπτωση που η φαρμακευτική αγωγή δεν δώσει τα επιθυμητά αποτελέσματα, τότε επιλέγεται η χειρουργική αντιμετώπιση. Η πλειοψηφία των παιδιών που διαγιγνώσκεται στα πρώτα εφηβικά χρόνια, με νόσο του Crohn παρουσιάζουν μια μοναδική κλινική πορεία. Τα παραδείγματα θεραπειάς ακολουθούν την παραδοσιακή κλιμακούμενη προσέγγιση, ανάλογα κάποιες ειδικές εκτιμήσεις που πρέπει να δοθούν σε παιδιατρικές επιλοκές της θεραπείας και της νόσου. Η χειρουργική επέμβαση είναι ένα σημαντικό συστατικό της διαχείρισης των περιστατικών με νόσο του Crohn και χρησιμοποιείται συχνά για να επιτρέψει τη βελτίωση της διατροφικής πρόσληψης ή τη μείωση της εξάρτησης από ιατρικές θεραπείες που θέτουν σε κίνδυνο την ανάπτυξη.

Τις τελευταίες δεκαετίες οι χειρουργικές θεραπείες έχουν εξελιχθεί μαζί με την ιατρική θεραπεία και οι τρέχουσες χειρουργικές διαδικασίες είναι ασφαλέστερες και λιγότερο επεμβατικές από οποιαδήποτε άλλη στιγμή στο παρελθόν. Η χειρουργική επέμβαση έχει προχωρήσει από τη θεραπεία έσχατης ανάγκης για απειλητικές για τη ζωή επιλοκές στη θεραπεία για χρήση σε συνδυασμό με ιατρικές παρεμβάσεις για τη μεγιστοποίηση της ποιότητας ζωής του ασθενούς.

Η εντερική διατροφή είναι η θεραπεία εκλογής σε παιδιά με ενεργή νόσο καθώς επάγει την ύφεση, οδηγεί σε επούλωση του επιθηλίου, δρα ανοσοτροποποιητικά στον αυλό του εντέρου και βελτιώνει την κατάσταση θρέψης. Παρότι δεν είναι το ίδιο αποτελεσματική με τα στεροειδή στην επαγωγή της ύφεσης στους ενήλικες ασθενείς, η εντερική σίτιση παρουσιάζει πλεονεκτήματα στον έλεγχο της φλεγμονής και στη βελτίωση της διατροφικής κατάστασης με ελάχιστες ανεπιθύμητες ενέργειες.

Νέο πεδίο έρευνας αποτελεί η συσχέτιση της διατροφής με το μικροβίωμα του εντέρου, την αυξημένη εντερική διαπερατότητα και τη συντήρηση της χρόνιας φλεγμονής που παρουσιάζουν οι ασθενείς ΙΦΝΕ. Σε αυτή την κατεύθυνση αξιολογείται ο ρόλος των διαφόρων συστατικών της τροφής αλλά και πιο πολύπλοκων διατροφικών παρεμβάσεων με δυναμική ως προς την ελάττωση της φλεγμονής, την τροποποίηση επιγενετικών μονοπατιών και τη διατήρηση της ισορροπίας του μικροβιώματος ως μέσο διαχείρισης της νόσου. Πέρα από τον υποστηρικτικό ρόλο της διατροφής στους ασθενείς με κακή θρέψη, αλλά και την ξεκάθαρη ένδειξη για χορήγηση εντερικής διατροφής στους παιδιατρικούς ασθενείς με ενεργή νόσο του Crohn ή ελκώδους κολίτιδας και λιγότερο συχνά με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, δεν υπάρχουν συγκεκριμένες διατροφικές κατευθυντήριες οδηγίες για τους πάσχοντες κατά τη διάρκεια των περιόδων ύφεσης. Ρυθμίζεται κάθε διατροφικό πλάνο σχετικά με τις ανάγκες του κάθε ασθενή και της μορφής της νόσου του. Αυτό έχει ως

συνέπεια μεγάλο ποσοστό των ασθενών να ακολουθεί δίαιτες αποκλεισμού λόγω του φόβου πυροδότησης υποτροπής.

Μια διεπιστημονική προσέγγιση με εμπλεκόμενους τους γιατρούς όλων των ειδικοτήτων, των κλινικών παιδοψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών κι των νοσηλευτών του τμήματος θα εξυπηρετήσουν καλύτερα αυτούς τους ασθενείς. Είναι αναγκαία η συνεργατική ομάδα κλινικής φροντίδας για διαχείριση των ΙΦΝΕ είναι κεντρικό σημείο για τη βελτίωση της ποιοτικής φροντίδας για αυτούς τους ασθενείς.

Τέλος, απαιτούνται περισσότερες μελέτες σχετικά με την πρόληψη, την εκπαίδευση, τη φαρμακευτική αγωγή, τη θεραπεία και την περίθαλψη για να υπάρξουν υψηλότερα πρότυπα ανά την Ευρώπη. Χρειάζεται περισσότερη έρευνα σχετικά με την αποτελεσματικότητα των υφιστάμενων τεχνικών διαχείρισης για την ασθένεια καθώς και των νέων θεραπειών για την επιβράδυνση της εξέλιξής της.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

Ackley B., Lagwig G. (2013). *Nursing Diagnosis Handbook: an evidence-based guide to planning care (10th ed.)*. Mosby Elsevier, Missouri.

Alfaro-LeFevre R. *Applying Nursing Process: the foundation for clinical reasoning (8th ed.)*. (2013). Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia.

Aardoom, M.A., Veereman, G., Ridder, L. (2019). *A review on the use of anti – TNF in children and adolescents with Inflammatory Bowel Disease*. International Journal of Molecular Sciences, 20(10), pp.2529.

Acosta, R., (2013). *Φαρμακολογία. 2 η Έκδοση*. (Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Παναγιωτακόπουλος, Γ., Πανουτσόπουλος, Ι., Παπαδημητρίου, Ε. Ζωγραφάκης Σφακιανάκης, Μ.). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.

Adriani, A. et al. (2018) ‘*Irritable bowel syndrome : the clinical approach*’, 60(4), pp. 213–222. doi: 10.23736/S0031-0808.18.03541-3.

Beaulieu D.B., Kane S. (2011). *Inflammatory bowel disease in pregnancy*. World J Gastroenterol. Jun 14; 17(22):2696-701 .

Belinda D Jackson, Peter de Druz, (2019) ,*Quality of Care in Patients With Inflammatory Bowel Disease*, Feb 21; 25(3):479-489, doi: 10.1093/ibd/izy276.

Benchimol, E. I., Guttman, A., Griffiths, A. M., Rabeneck, L., Mack, D. R., Brill, H., Howard, J., Guan, J. & To, T. (2009) *Increasing incidence of paediatric inflammatory bowel disease in Ontario, Canada: evidence from health administrative data*. Gut, 58, 1490-1497.

Benchimol, E., Fortinsky, K., Gozdyra, P., Van Den Heuvel, M., Van Limbergen, J. & Griffiths, A. (2010) *Epidemiology of Pediatric Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review of International Trends*. Inflammatory Bowel Diseases.

Bohl, J., L., (2015), *Indication and Option For Surgery in Ulcerative Colitis*. *Surgical Clinics of NA*, Elsevier Inc, 95(6):1211–1232.



Bousvaros A, Antonioli DA, Colletti RB, Dubinsky MC, Glickman JN, Gold BD, et al,(2007), *Differentiating ulcerative colitis from Crohn disease in children and young adults: report of a working group of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the Crohn's and Colitis Foundation of America*. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 44:653–74.

Burns, H., O'Donnell, J., Artman, J. (2010). High-fidelity Simulation in Teaching Problem Solving to 1st-Year Nursing Students: A Novel Use of the Nursing Process. *Clinical Simulation in Nursing*. 6 (3): 87-95

Cheifetz AS, (2013) ,*Management of active Crohn disease*. JAMA. ;309(20):2150-2158.

Christoph Gasche,Arnold Berstad,Ragnar Befrits,Christoph Beglinger,Axel Dignass,Kari Erichsen,Fernando Gomollon,Henrik Hjortswang,et al,(2007),Guidelines on the diagnosis and management of iron deficiency and anemia in inflammatory bowel diseases,(12):1545-53.

Conrad K., Roggenbuck, D., & Laass, M. W. (2014). *Diagnosis and classification of ulcerative colitis*. *Autoimmunity Reviews*, 13(4-5), 463–466. doi:10.1016/j.autrev.2014.01.028

Cryan JF, Dinan TG. Mind-altering microorganisms: the impact of the gut microbiota on brain and behaviour. *Nat Rev Neurosci* 2012;13:701–712.

De Bie C I, Paerregaard A, Kolacek S et al.Disease phenotype at diagnosis in pediatric Crohn's disease: 5-year analyses of the EUROKIDS Registry. *Inflamm Bowel Dis*. 2013;19(02):378–385.

De Keyser F, Van Damme N, De Vos M, Mielants H, Veys EM,(2000),*Opportunities for immune modulation in the spondyloarthropathies with special reference to gut inflammation*. *Iflamm Res* , 49:47-54.

Deidre Burgess, Kim Herbison, Julia Fox et al ,(2020).*Exclusive enteral nutrition in children and adolescents with Crohn disease: Dietitian perspectives and practice*,<https://doi.org/10.1111/jpc.15220>, First published: 04 October 2020

Dr Tom Lissauer & Dr Graham Clayden.(2016) *Σύγχρονη Παιδιατρική, Πρόλογος Χρούσος Γεώργιος*, Έκδοση 4η , Εκδόσεις Πασχαλίδης, Κύπρος 2016, σελ.332- 335

Erickson, Kent L., Edward A. Medina, and Neil E. Hubbard. (2000) *Micronutrients and innate immunity*. *The Journal of infectious diseases*, 182.Supplement\_1: S5-S10. 102.

- Fell, J., M., Muhammed, R., Spray, C., Crook, K., & Russell, R., K., (2016). *Management of ulcerative colitis*. British Medical Journal, 101, p.469–474.
- Gaman, A., Bucur, M. C. and Kuo, B. (2009) ‘*Therapeutic advances in functional gastrointestinal disease: Irritable bowel syndrome*’, *Therapeutic Advances in Gastroenterology*, 2(3), pp. 169–181. doi: 10.1177/1756283X08103656.
- Gisbert, J., P., Chaparro, M., (2018). *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. Elsevier Inc., p. 1-47.
- Grundmann, O. and Yoon, S. L. (2010) ‘*Irritable bowel syndrome: Epidemiology, diagnosis and treatment: An update for health-care practitioners*’, *Journal of Gastroenterology and Hepatology (Australia)*, 25(4), pp. 691–699. doi: 10.1111/j.1440-1746.2009.06120.x.
- Gupta K, Noble A, Kachelries KE, et al.(2013), *A novel enteral nutrition protocol for the treatment of pediatric Crohn’s disease*. *Inflamm Bowel Dis* ,19(07):1374–1378
- Ha, F. and Khalil, H., (2015). *Crohn’s disease: a clinical update. Therapeutic Advances in Gastroenterology*, p. 352–359.
- Halpert, A. (2018) ‘*Irritable Bowel Syndrome: Patient-Provider Interaction and Patient Education*’, *Journal of Clinical Medicine*, 7(1), p. 3. doi: 10.3390/jcm7010003.
- Headstrom, Peggy D., Stephen J. Rulyak, and Scott D. Lee. (2008), *Prevalence of and risk factors for vitamin B12 deficiency in patients with Crohn's disease*. *Inflammatory bowel diseases*, 14.2: 217-223.
- Heitkemper, M. M., Jarrett, M. E., Levy, R. L., Cain, K. C., Burr, R. L., Feld, A., ... Weisman, P. (2004). *Self-management for women with irritable bowel syndrome*. *Clinical Gastroenterology & Hepatology*, 2(7), 585-596
- Herdman, T. (2007). *Nursing Diagnosis: definitions and classification (2009-2011)*. Wiley-Blackwell: Singapore Kerstjens H., Boot B. Zorg rondom COPD. Bohn Stafleu van Loghum
- Hutton, J. (2005). *Cognitive behaviour therapy for irritable bowel syndrome*. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 17(1), 11-14.
- Ignatavicius, D., & Workman, L. (2008). *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική Κριτική Σκέψη για Συνεργατική Φροντίδα*. Τόμος II. (Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Βασιλειάδου, Α.). Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.

Jalanka-Tuovinen J, Salonen A, Nikkila J, et al.(2011) *Intestinal microbiota in healthy adults: temporal analysis reveals individual and common core and relation to intestinal symptoms*. PLoS One ,6 :e23035.

Jarrett, M. E., Cain, K. C., Burr, R. L., Hertig, V. L., Rosen, S. N., & Heitkemper, M. M. (2009). *Comprehensive self-management for irritable bowel syndrome: Randomized trial of in-person vs. combined in-person and telephone sessions*. American Journal of Gastroenterology, 104(12), 3004-3014.

Jørgensen, Søren Peter, et al. ,(2010).*Clinical trial: vitamin D3 treatment in Crohn's disease—a randomized double-blind placebo controlled study*. Alimentary pharmacology & therapeutics ,32.3: 377-383.

Katsanos, K. H., Saridi, M., Fellow, S.,( 2019). *Specialist Nursing Interventions for Inflammatory Bowel Disease*. EC GASTROENTEROLOGY AND DIGESTIVE SYSTEM, p. 101-107.

Kjell Reichenberg MD, PhD,Helene Lindfred RN et al, (2007).*Adolescents with inflammatory bowel disease feel ambivalent towards their parents' concern for them*,<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00495.x>

Kylie M. Quinn, Apriliana E. R. Kartikasari, Rachel E. Cooke, Rachel M. Koldej, David S. Ritchie, Magdalena Plebanski,(2020) ,*Impact of age-, cancer-, and treatment-driven inflammation on T cell function and immunotherapy*, First published: 17 July 2020,<https://doi.org/10.1002/JLB.5MR0520-466R>

Lackner, J. M., Jaccard, J., Krasner, S. S., Katz, L. A., Gudleski, G. D., & Holroyd, K. (2008). *Self-administered cognitive behavior therapy for moderate to severe irritable bowel syndrome: Clinical efficacy, tolerability, feasibility*. Clinical Gastroenterology & Hepatology, 6(8), 899-906.

Lacy BE, Mearin F, Chang L, et al. *Bowel disorders*. *Gastroenterology* (2016), 150: page 1393–1407,e1395.

Lahmann C, Ro¨ hricht F, Sauer N, Noll-Hussong M, Ronel J, Henrich G, et al. (2010), *Functional relaxation as complementary therapy in irritable bowel syndrome: a randomized, controlled clinical trial*. J Altern Complement Med ,16:47–52 .

Lakatos, L., Kiss, L. S., David, G., Pandur, T., Erdelyi, Z., Mester, G., Balogh, M., Szipocs, I., Molnar, C., Komaromi, E. & Laszlo Lakatos, P. (2011) *Incidence, disease phenotype at diagnosis,*

- and early disease course in inflammatory bowel diseases in Western Hungary, 2002–2006. Inflammatory Bowel Diseases*, 17, 2558-2565.
- Lamb, C., A., Kennedy, N., A., Raine, T., Hendy, P., A., Smith, P. J., Limdi, J. K., Hansen, R., (2019). *British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults*, vol 12 p. 94-118.
- Lemone, P., & Burke, K. (2006), *Managing Inflammatory Bowel Diseases in children and health quality of life. Journal of Crohn's and Colitis*, Volume 13, Issue 2 ,67-70.
- Lee, D., Swan, C.K., Suskind, D., Wahbeh, G., Vanamala, J., Baldassano R.N., Leonard, M.B., Lampe, J.W. (2018). *Children with Crohn's Disease Frequently consume select food additives. Digestive diseases and sciences*, 63(10), pp.2722-2728.
- Lennard-Jones JE.(1989) *Classification of inflammatory bowel diseases. Scand J Gastroenterol*,24:2–6.
- Levine A, Griffiths A, Markowitz J, Wilson DC, Turner D, Russell RK, et al.(2011), *Pediatric modification of the Montreal classification for inflammatory bowel disease: the Paris classification. Inflamm Bowel Dis*,17:1314–21.
- Louis, E.,Mary, J., VernierMassouille, G., et al., (2012). *Maintenance of Remission Among Patients With Crohn's Disease on Antimetabolite Therapy After Infliximab Therapy Is Stopped. Gastroenterology*, Jan,142(1):63-70.
- Major G, Pritchard S, Murray K, et al. (2017) ,*Colon hypersensitivity to distension, rather than excessive gas production, produces carbohydrate-related symptoms in individuals with irritable bowel syndrome. Gastroenterology* , 152:124–133.e2
- Malley, D. (2016) 'Neuroimmune Cross Talk in the Gut. Neuroendocrine and neuroimmune pathways contribute to the pathophysiology of irritable bowel syndrome', *American Journal of Physiology - Gastrointestinal and Liver Physiology*, 311(5), pp. G934–G941. doi: 10.1152/ajpgi.00272.2016.
- Marlow, Gareth, et al. (2013 )*Transcriptomics to study the effect of a Mediterranean-inspired diet on inflammation in Crohn's disease patients. Human genomics* ,7.1: 24. 101.
- Marrero F Qadeer,M.A Lashuer B.A (2008),*Severe complications of inflammatory bowel disease , medical clinicw of northAmerica*,672-686.

- Mejer Johannes ,Sturm Andreas.(2011)“*Current treatment of ulcerative colitis*”.World J Gastroenterol 17(27) : quiz 3204–3212
- Moloney, R. D. et al. (2016) ‘*Stress and the Microbiota-Gut-Brain Axis in Visceral PaRelevance to Irritable Bowel Syndrome*’, CNS Neuroscience and Therapeutics, 22(2), pp. 102–117. doi: 10.1111/cns.12490.
- Moayyedi, P. et al. (2017) ‘*Irritable bowel syndrome diagnosis and management: A simplified algorithm for clinical practice*’, United European Gastroenterology Journal, 5(6), pp. 773–788. doi: 10.1177/2050640617731968.
- Mylonaki, M., Langmead, L., Pantes, A., Johnson, F., & Rampton, D. S. (2004). *Enteric infection in relapse of inflammatory bowel disease: importance microbiological examination of stool*. European journal of gastroenterology & hepatology, 16(8), 775-778.
- Orsola-malpighi, P. S., Salice, M., Rizzello, F., Calabrese, C., Calandrini, L., (2019). *A current overview of corticosteroid uses in active ulcerative colitis*. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*, 13(6), pp. 1–5.
- Park, S.-Y. et al. (2010) ‘*Association of CCK(1) Receptor Gene Polymorphisms and Irritable Bowel Syndrome in Korean.*’, Journal of neurogastroenterology and motility, 16(1), pp. 71–6. doi: 10.5056/jnm.2010.16.1.71.
- Paul Encka , Florian Junnea , Sibylle Klosterhalfena,b, Stephan Zipfela and
- Ute Martensa (2010),*Therapy options in irritable bowel syndrome European Journal of Gastroenterology & Hepatology* , 22:1402–1411 .
- Peters, S. L., Muir, J. G. and Gibson, P. R. (2015) ‘*Review article: Gut-directed hypnotherapy in the management of irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease*’, Alimentary Pharmacology and Therapeutics, 41(11), pp. 1104–1115. doi: 10.1111/apt.13202.
- Pedersen N, Ankersen DV, Felding M, et al. (2017) ,*Low-FODMAP diet reduces irritable bowel symptoms in patients with inflammatory bowel disease*. World J Gastroenterol vol 23:3356–3366.
- Pimentel, M., Chow, E. J., & Lin, H. C. (2003). *Normalization of lactulose breath testing correlates with symptom improvement in irritable bowel syndrome. A double-blind, randomized, placebo-controlled study*. American Journal of Gastroenterology, 98(2), 412-419.

- Pimentel, M., Lembo, A., Chey, W. D., Zakko, S., Ringel, Y., Yu, J., ... Forbes, W. P. (2011). *Rifaximin therapy for patients with irritable bowel syndrome without constipation*. *New England Journal of Medicine*, 364(1), 22-32.
- Pineton, G., Chambrun, D., Tassy, B., Kollen, L., Dufour, G., Valats, J., . Blanc, P., (2018). '*Best Practice & Research Clinical Gastroenterology Refractory ulcerative proctitis: How to treat it?*', *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. Elsevier Ltd, p. 1–9.
- Portincasa, P. et al. (2017) '*Irritable bowel syndrome and diet*', *Gastroenterology Report*, 5(1), pp. 11–19. doi: 10.1093/gastro/gow047.
- Porter, R., J., Kalla, R., Ho, G.,( 2020). *Ulcerative colitis: Recent advances in the understanding of disease pathogenesis*.*Research* vol 3 , p.1-13.
- Press, D., (2015). *Inflammatory bowel disease and anxiety: links, risks, and challenges faced*. *Clinical and Experimental Gastroenterology*,12: p. 111–117.
- Raskov, H. et al. (2016) '*Irritable bowel syndrome, the microbiota and the gut-brain axis*', *Gut Microbes*. Taylor & Francis, 7(5), pp. 365–383. doi: 10.1080/19490976.2016.1218585.
- Repository, Z., O., Library, M.,( 2015). *from a nursing perspective Assessment of Inflammatory Bowel Disease Patient' s Needs and Problems from a Nursing Perspective*. *Karger International Journals*, 91, p. 128–141.
- Roma ES., et al.(2010) "*Inflammatory bowel disease in children: the role of a positive family history*". *Eur J Gastroenterol Hepatol* 22:710-715.
- Ruemmele FM, Veres G, Kolho KL, et al(2014 ),*Consensus guidelines of ECCO/ESPGHAN on the medical management of pediatric Crohn's disease*. European Crohn's and Colitis Organisation; European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Crohn's Colitis* ,8(10):1179–1207.
- Rude, Robert K., and Helen E. Gruber. Magnesium deficiency and osteoporosis: animal and human observations. *The Journal of nutritional biochemistry* 2004;15.12: 710-716.
- Seah, D., Cruz, P., De, (2016). *Alimentary Pharmacology and Therapeutics Review article: the practical management of acute severe ulcerative colitis*. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, p.482-513.

- Shaik-Dasthagirisahab, Y. B., et al(2013 ). *Role of vitamins D, E and C in immunity and inflammation*. 2013: 291-295.
- Siddiki HA, Fidler JL, Fletcher JG, et al,(2009) ,*Prospective comparison of state-of-the-art MR enterography and CT enterography in smallbowelCrohn’sdisease*. AJR ,193(01):113–121.
- Sinno, S., D. S. Lee, and A. Khachemoune. (2011),*Vitamins and cutaneous wound healing*. Journal of wound care ,20.6: 287-293.
- Snook JA, de silva HJ, Jewell DP. (1989) *The association of autoimmune disorders with inflammatory bowel disease*. Q J Med , 106: 533-539.
- Spiegel, B. M., Bolus, R. E., Harris, L. A., Lucak, S. L., Esrailian, E., Chey, W. E., ... Chang, L. (2010). *Patient-reported symptom relief from currenttherapy is a robust marker of illness severity in IBS* [abstract 865]. Gastroenterology, 5(Suppl. 1), S119.
- Spiegel, B. M., Gralnek, I. M., Bolus, R., Chang, L., Dulai, G. S., Mayer, E. A., & Naliboff, B. (2004). *Clinical determinants of health-related quality of life in patients with irritable bowel syndrome*. Archives of Internal Medicine, 164(16), 1773-1780.
- Talley NJ., et al. (2011) “*An evidence-based systematic review on medical therapies for inflammatory bowel disease*”. Am J Gastroenterol 106.1 : S2-25; quiz S26.
- Tana C, Umesaki Y, Imaoka A, et al. Altered profiles of intestinal microbiota and organic acids may be the origin of symptoms in irritable bowel syndrome. Neurogastroenterol Motil 2010;22:512–519; e114–e115.
- Thoreson, R. & Cullen, J. J. (2007) *Pathophysiology of inflammatory bowel disease: an overview*. The Surgical Clinics Of North America, 87, 575-585
- Tillack C, Seiderer J, Brand S, et al. (2008 ),*Correlation of magnetic resonance enteroclysis (MRE) and wireless capsule endoscopy (CE) in the diagnosis of small bowel lesions in Crohn’s disease*. Inflamm Bowel Dis ,14(09):1219–1228.
- Tillisch K, Labus J, Kilpatrick L, et al. (2013),*Consumption of fermented milk product with probiotic modulates brain activity*. Gastroenterology ,144:1394–1401; 1401.e1–1401.e4.
- Toner, B. B. (2005). *Cognitive–behavioral treatment of irritable bowel syndrome*. CNS Spectrums, 10(11), 883-890.

Torsten Kucharzik, Sibylle Koletzko, Klaus Kannengiesser et al, (2020), *Ulcerative Colitis—Diagnostic and Therapeutic Algorithms*, Published online Aug 17. doi: [10.3238/arztebl.2020.0564](https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0564), <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00495.x>

Van Oudenhove L., Levy R. L., Crowell M. D., Drossman D. A., Halpert A. D., Keefer L., ... Naliboff B. D. (2016). *Biopsychosocial Aspects of Functional Gastrointestinal Disorders: How Central and Environmental Processes Contribute to the Development and Expression of Functional Gastrointestinal Disorders*. *Gastroenterology*, 150(6), 1355–1367. doi: [10.1053/j.gastro.2016.02.027](https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.027)

Von Allmen, D. (2018). *Pediatric Crohn's Disease*. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 31(02), 080–088. doi: [10.1055/s-0037-1609022](https://doi.org/10.1055/s-0037-1609022)

Whitehead, W. E., Levy, R. L., Von Korff, M., Feld, A. D., Palsson, O. S., Turner, M., & Drossman, D. A. (2004). *The usual medical care for irritable bowel syndrome*. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 20(11/12), 1305-1315

Wilkinson, J. M., *Nursing Process and Clinical Thinking* (5th ed.). (2012). NJ Pearson, Upper Saddle River.

Whorwell, P. J., Altringer, L., Morel, J., Bond, Y., Charbonneau, D., O'Mahony, L., ... Quigley, E. M. (2006). *Efficacy of an encapsulated probiotic Bifidobacterium infantis 35624 in women with irritable bowel syndrome*. *American Journal of Gastroenterology*, 101(7), 1581-1590.

Wong, D. (1996) *Clinical Manual of Pediatric Nursing*. 4 th ed. Mosby, USA : Year Book

Xavier Cortes, Joaquín Borrás-Blasco, Jose Ramón Molés, Maia Boscá, Ernesto Cortés, (2015), *Safety of Ferric Carboxymaltose Immediately after Infliximab Administration, in a Single Session, in Inflammatory Bowel Disease Patients with Iron Deficiency: A Pilot Study*, *Journal of Inflammatory Disease*, 76, Pages 1–33.

Zhan YL, Zhan YA, Dai SX. *Is a low FODMAP diet beneficial for patients with inflammatory bowel disease? A meta-analysis and systematic review*. *Clin Nutr* (2017). doi: [10.1016/j.clnu.2017.05.019](https://doi.org/10.1016/j.clnu.2017.05.019).



**Ελληνική Βιβλιογραφία**

Αθανάσιος Σ.Δημητριάδης ,(2004),*Το απεικονιστικό σύστημα , Απεικονιστική Διαγνωστική-Τα βασικά και τα θεμελιώδη (Επίτομος)*,Ιατρικές Εκδόσεις Σιώτης ,σελ 65-67.

Κανακούδη – Τσακαλίδου, Φ., Κατζός, Γ., Παπαχρήστου, Φ., Δρόσου – Αγακίδου, Β. (2017).*ΙΦΝΕ σε παιδιατρικούς ασθενείς και νοσηλευτική αντιμετώπιση*, Βασική Παιδιατρική, Τόμος 2,σελ 12-13.

Μανούσος, Ο. (2004). Κολίτιδες και “Κολίτιδες”. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Ζήτα

Περιεγχειρητική Νοσηλευτική(2016), *ΙΦΝΕ σε παιδιά και εφήβους* ,ΤΟΜΟΣ 5,ΤΕΥΧΟΣ 3 | 170  
www.spjn.gr ISSN:2241-0481, E-ISSN:2241-3634.

Σαπουντζή – Κρεπιά, Δ. (2004) *Χρόνια Ασθένεια και Νοσηλευτική Φροντίδα*. 2η έκδ. Αθήνα :  
ΕΛΛΗΝ

Σαχίνη-Καρδάση Άννα (2006).*Ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου* Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, Τόμος Β'. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα.

Τσίγκρης,Π.,Χ.,2014,*Θεραπεία σε φλεγμονώδη νοσήματα εντέρου*,Χειρουργική,Τόμος 2, Αθηνά:  
Ιατρικές Έκδοσεις Λίτσας .